

**Ecole Élémentaire Léon SAY**  
**34 rue Léon SAY, 44000 Nantes.**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de Naissance :** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **Age :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_ **E-mail :** \_\_\_\_\_

**PAGES VACCINS A FOURNIR A LA PREMIERE INSCRIPTION !**

**La LICENCE PREMIUM est obligatoire lors de la première inscription, elle coûte 22 € et est valable 1 an. Elle couvre votre enfant pour toutes les pratiques sportives et de loisirs.**

**Oui je prends la licence premium**

**Non j'ai déjà pris la licence (via MSL / Centre de Loisirs)**

**Inscriptions**

**Formule « Semaine » :**

- Forfait semaine de 5 jours = 150 €
- Forfait semaine de 4 jours = 120€ (uniquement semaine du 14 juillet)

**Formule « Journée » :**

- Forfait journée = 33 €

**Dates :**

Semaine 1 :  10/07/23  11/07/23  12/07/23  13/07/23  
Semaine 2 :  17/07/23  18/07/23  19/07/23  20/07/23  21/07/23  
Semaine 3 :  24/07/23  25/07/23  26/07/23  27/07/23  28/07/23  
Semaine 4 :  31/07/23  01/08/23  02/08/23  03/08/23  04/08/23

**Réduction Famille :** \_\_\_\_\_  5% (2 enfants)  10% (3 enfants)  15% (>3 enfants)

**Sous Total =** \_\_\_\_\_ €

**Amplitude horaire d'accueil maximal :** 8h45 – 18h15

Licence 22 € (si non déjà prise au Multisports ou dans une autre Section)

**Total :**

**Paiement à adresser à l'ASPTT Nantes - 42 Rue Appert 44100 Nantes**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature :**

## INFORMATIONS SANITAIRES :

**Dans tous les cas, merci de fournir une ordonnance**

**Votre enfant suit-il un traitement** : NON :  OUI :

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

Merci d'indiquer succinctement le protocole à suivre : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il des allergies** : NON :  OUI :

Si oui, lesquels : \_\_\_\_\_

Merci d'indiquer succinctement le protocole à suivre : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique** : (ex : végétarien / sans porc ...) NON  OUI

Si oui, lequel : \_\_\_\_\_

**Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes** :

Rubéole :	oui / non	Varicelle :	oui / non	Angine :	oui / non
Scarlatine :	oui / non	Rougeole :	oui / non	Otite :	oui / non
Oreillons :	oui / non	Coqueluche :	oui / non	Rhumatisme articulaire :	oui / non

**Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé** : oui – non (*hospitalisation, opération, rééducation, problèmes cardiaques...*)

Si oui, lequel(s) : \_\_\_\_\_

Merci d'indiquer succinctement les précautions à prendre : \_\_\_\_\_

**Votre enfant porte-t-il** :

Lunettes : oui / non    Lentilles : oui / non    Prothèses auditives : oui / non    Prothèses dentaires : oui / non  
Autre : \_\_\_\_\_

**Droit à l'image** :

J'autorise  ou Je n'autorise pas  l'ASPTT de Nantes à prendre des photos et des vidéos pouvant être utilisées pour sa communication.

### AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mme/Mr \_\_\_\_\_, demeurant \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ autorise les éducateurs de l'ASPTT Nantes à transporter mon enfant dans les véhicules de l'association ou voitures particulières pour tous déplacements dans le cadre des stages sportifs. J'autorise également le corps professionnel médical à procéder à toute intervention d'urgence.

Fait à : \_\_\_\_\_, le : \_\_\_\_\_

Signature :