

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 23 € 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 €

Formule « Journée » :

- Forfait journée = 35 €

Dates :

Semaine 1 : CENTRE FERME

Semaine 2 : CENTRE FERME

Semaine 3 :  19/08/2024  20/08/2024  21/08/2024  22/08/2024  23/08/2024

Semaine 4 :  26/08/2024  27/08/2024  28/08/2024  29/08/2024  30/08/2024

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

Sous Total = \_\_\_\_\_ €

Amplitude horaire d'accueil maximal : 8h45 – 18h00

Licence 23 € (si non déjà prise au Multisports ou dans une autre Section)

**Total :**

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature :**

**INFORMATION DIVERSE :**

**Votre enfant fait la sieste :**

NON :

OUI :

## 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** :