

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 25 € 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 = 160 €

Formule « Journée » :

- Forfait journée = 37 €

Dates :

Semaine 1 : 10/02/2025 11/02/2025 12/02/2025 13/02/2025 14/02/2025
Semaine 2 : 17/02/2025 18/02/2025 19/02/2025 20/02/2025 21/02/2025

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

Sous Total = _____ €

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

Licence 25 € (si non déjà prise au Multisports ou dans une autre Section)

Total :

Paielement 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 :