

Centre de Loisirs Mercredi Après-Midi

Fiche de Inscription Trimestrielle

Période : Avril / Juin

**Ecole Publique Elémentaire Gaston Serpette,
46 rue du Douet Garnier, 44000 Nantes.**

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de Naissance : ___ / ___ / ___ **Age :** _____

Téléphone : _____ **E-mail :** _____

PAGES VACCINS A FOURNIR à la première 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)

Formule « Trimestre » :

Forfait Trimestre = 160 €

Formule « Journalière » :

Forfait Unité = 18 €

Repas Midi sur place (2€) :

Dates :

23/04/2025 30/04/2025 07/05/2025 14/05/2025 21/05/2025
 28/05/2025 04/06/2025 11/06/2025 18/06/2025 26/06/2025

Nombre de Mercredi : _____ x 18 € = _____

Nombre de Repas : _____ x 2€ = _____

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

Sous Total = _____ €

Licence Premium 25 € (si non déjà prise au Multisport / Centre de Loisirs ou dans une autre Section)

Total : €

Fait à _____, le _____

Signature :

INFORMATIONS SANITAIRES :

L'enfant suit-il un traitement : NON : OUI :

Lequel : _____

Merci de fournir une ordonnance et le protocole à suivre : _____

L'enfant a-t-il des allergies : NON : OUI :

Lesquels : demeurant _____

Merci de fournir une ordonnance et le protocole à suivre : _____

L'enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique : (ex : végétarien / sans porc ...) NON OUI

Si oui lequel : _____

L'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

L'enfant a-t-il eu des difficultés de santé : oui – non (*accident, hospitalisation, opération, rééducation, problèmes cardiaques...*)

Si oui, lequel(s) : _____

Précaution à prendre : _____

L'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 utilisés pour la communication et la promotion de l'ASPTT Nantes

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mme/Mr _____, demeurant _____

représentant légal de l'enfant _____, 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. Ainsi que d'autoriser le corps professionnel médical à procéder à toute intervention d'urgence. Nom et téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence :

Fait à : _____, le : _____

Signature :