MAIRIE DE COGOLIN : SERVICE DES SPORTS

Année 2026/2027

FICHE D'INSCRIPTION

École Municipale des Sports

De la petite section au CM2

Cadre réservé à l'administration

Dépôt du dossier : .....

Traité par : .....

Participants

NOM :..... PRÉNOM :.....

Établissement scolaire : ..... Classe :..... Âge : .....

Né(e) le :..... à ..... Sexe : M / F

INFORMATIONS POUR LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS

TAILLE :..... cm POIDS :..... kg POINTURE : ..... cm

Responsable(s) de l'enfant

Père ou beau-père .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL.....*VILLE*.....

TÉL.TRAVAIL..... *TÉL.FIXE ou PORTABLE* .....

E-mail : .....

Mère ou belle-mère.....

ADRESSE .....

CODE POSTAL.....*VILLE*.....

TÉL.TRAVAIL..... *TÉL.FIXE ou PORTABLE* .....

E-mail : .....

Autre..... *En Qualité de* .....

ADRESSE .....

CODE POSTAL.....*VILLE*.....

TÉL.TRAVAIL..... *TÉL.FIXE ou PORTABLE* .....

E-mail : .....

Autorisations

- **J'AUTORISE mon enfant âgé de 11 ans ou plus, à venir et quitter seul aux activités sportives proposées par le service des sports : ☐ oui ☐ non**
- ***ADULTES AUTORISÉS Á VENIR CHERCHER L'ENFANT avec une pièce d'identité (autres que les responsables de l'enfant) :***

– *Nom*.....*N° tél*.....*LIEN de parenté* .....

– *Nom*.....*N° tél*.....*LIEN de parenté* .....

- **J'AUTORISE le service des sports à prendre en photo mon enfant dans le cadre des activités sportives et de les utiliser à des fins de communication (supports de communication de la ville). ☐ oui ☐ non**
- **J'AUTORISE le service des sports à faire appel aux secours en cas d'accident corporel. ☐ oui ☐ non**

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom de l'enfant : …… Prénom : ……

Date de naissance : ……

1 – VACCINATIONS

Date du dernier rappel DTPolio :……

Merci de joindre la photocopie des vaccins à jour

2 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- L'enfant doit-il suivre un traitement médical pendant l'activité ?

  Oui

  Non

Si oui, merci de joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (dans leurs boites d'origine, avec la notice et marqués au nom de l'enfant)

Attention : aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rougeole :	Rubéole :	Scarlatine :	Coqueluche :	Oreillons :	Varicelle :	Angine :	Otite :
oui non	oui non	oui non	oui non	oui non	oui non	oui non	oui non

Merci de préciser si votre enfant porte des lunettes, prothèses auditives, prothèse dentaire,

……

L'enfant a-t-il des difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) ?
Merci de préciser les dates et précautions à prendre :

……

……

……

3 – ALLERGIES ET PAI

L'enfant a-t-il une allergie ?

Médicamenteuse : si oui, précisez laquelle :……

Alimentaire : si oui, précisez laquelle : ……

Asthme : si oui, précisez : ……

Autre : si oui précisez : ……

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

……

……

……

4 – PRISE EN CHARGE MDPH

Merci de préciser pour quelle raison votre enfant est pris en charge par la MDPH :

……

……

5 – RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Je soussigné, ……, responsable légal de l'enfant ……., déclare exacts les renseignements médicaux portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Le ……. Signature