

Semaine	T	H1	H2	P1	P2	E1	E2	E3	E4	E5	Cadre réservé
N° de dossier											



DOSSIER D'INSCRIPTION STAGES MULTISPORTS 2025 / 2026



Déposer le dossier complet dans la boîte aux lettres du portail gris à la Mairie Annexe

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :
DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT :

INFOS DU RESPONSABLE LEGAL	PIECES A FOURNIR (COPIES sans agrafes)
Nom (parent) :	☐ 1) Les 4 pages de ce fichier ☐ 2) Questionnaire d'état de santé (Ou certificat médical) valable sur l'année scolaire de septembre à août ☐ 3) Carnet de santé (pages vaccinations) ☐ 4) Attestation responsabilité civile (ou assurance extra-scolaire) ☐ 5) Livret de famille (parents et de l'enfant concerné) ☐ 6) Justificatif de domicile (uniquement pour les habitants de la CCBA)
Prénom (parent) :	
Statut : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre :	
Adresse :	
Portable :	
Email :	

Régime : ☐ CAF ☐ MSA	Numéro allocataire :
--	----------------------

SEMAINES D'INSCRIPTION

☐ Semaine du 20 au 24 octobre 2025 QF : Montant : ☐ Chèque	☐ Semaine du 6 au 10 juillet 2026 QF : Montant : ☐ Chèque
☐ Semaine du 9 au 13 février 2026 QF : Montant : ☐ Chèque	☐ Semaine du 13 au 17 juillet 2026 QF : Montant : ☐ Chèque
☐ Semaine du 16 au 20 février 2026 QF : Montant : ☐ Chèque	☐ Semaine du 20 au 24 juillet 2026 QF : Montant : ☐ Chèque
☐ Semaine du 7 au 10 avril 2026 QF : Montant : ☐ Chèque	☐ Semaine du 27 au 31 juillet 2026 QF : Montant : ☐ Chèque
☐ Semaine du 13 au 17 avril 2026 QF : Montant : ☐ Chèque	☐ Semaine du 3 au 7 août 2026 QF : Montant : ☐ Chèque

AUTORISATIONS :

Je soussigné(e) M./ Mme **déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur** des stages multisports de la Mairie d'Aubenas et :

- ☒ Autorise mon enfant à participer aux différentes activités, sorties et voyages organisés par le service des sports de la ville d'Aubenas durant le séjour et la période d'inscription.
- ☒ Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ des stages multisports.
- ☒ Autorise, en cas d'urgence, le directeur des stages multisports à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mes enfants.
- ☒ M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- ☒ Autorise le service des sports à reproduire des photos de mes enfants dans le cadre des activités, sur site internet et pour la presse.
- ☒ Autorise le service des sports à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion. Je bénéficie d'un droit d'accès et de rétractation aux informations me concernant.
- ☒ J'autorise le service des sports à consulter le logiciel CAF PRO pour accéder à votre QF.

J'autorise mon enfant à quitter **SEUL LE STAGE MULTISPORTS DES 16 H 30**

☐ OUI

☐ NON

ACCOMPAGNANTS : j'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant à la fin du stage multisports

NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE	N° TELEPHONE

SIGNATURE :

Fait à Aubenas, le

Signature du responsable légal suivi de la mention « lu et approuvé »

CADRE RESERVE :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

☐ Fille

☐ Garçon



Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite			

VACCINS RECOMMANDES	DATES
Hépatite B	
Rubéole – Oreillons – Rougeole	
Coqueluche	
Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

MALADIES	OUI	NON
RUBEOLE		
VARICELLE		
ANGINE		
RHUMATISME		
SCARLATINE		
OREILLONS		

ALLERGIES	OUI	NON
ASTHME L'enfant a-t-il un PAI ?		
ALIMENTAIRES L'enfant a-t-il un PAI ?		
MEDICAMENTEUSES		
AUTRES :		

L'ENFANT A-T-IL UN REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez : _____

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, troubles du comportement) en précisant les dates et les précautions à prendre

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez

Nom et coordonnées du médecin traitant : _____

5 - COORDONNEES DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom et Prénom : _____

Adresse (pendant le séjour) :

Portable : _____

6 - PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom / Prénom	Téléphone	Lien de parenté

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

Date :

Signature :