Ville de Meyreuil

DOSSIER D'INSCRIPTION
AUX ACTIVITES DE L'ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS DE MEYREUIL
AUTORISATION PARENTALE

NOM- Prénom du représentant légal :|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Code postal : |__|__|__|__|__|

Ville : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Numéro de sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Numéro de CAF : |__|__|__|__|__|__|

☏ du domicile : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| ☏ du travail : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☏ du portable |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Autre numéro où l'on peut vous joindre : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse mail : :|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|

Autorise l'enfant, désigné ci- dessous, à pratiquer les activités proposées par l'Ecole Municipale des Sports de MEYREUIL :

Nom- Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse, si différente de celle du représentant légal :|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|

POUR LA PERIODE DU :

☐ 13 au 17 avril 2026

J'autorise mon enfant à pratiquer les activités suivantes :

Sports collectifs (football, basket, hand-ball, volley, hockey, rugby, football américain, baseball) :	☐ Oui ☐ Non (à préciser)
Sports individuels (athlétisme, gymnastique, jeux de raquettes, tir à l'arc, vtt, bmx, course d'orientation, golf) :	☐ Oui ☐ Non (à préciser)
Escalade, via ferrata, spéléologie, rafting, canyoning :	☐ Oui ☐ Non (à préciser)
Sports de combat (boxe, judo, karaté, lutte…) :	☐ Oui ☐ Non (à préciser)
Equitation :	☐ Oui ☐ Non (à préciser)
Sports mécaniques (moto-cross, trial, quad, karting) :	☐ Oui ☐ Non (à préciser)
Hip-Hop, jeux de cirque :	☐ Oui ☐ Non (à préciser)
Natation, voile, kayak, surf, planche à voile, sauvetage en mer, rafting, sport eaux vives, char à voile	☐ Oui ☐ Non (à préciser)
Laser-game, paintball	☐ Oui ☐ Non (à préciser)
Sports de neige (ski, surf, snow-blade, raquettes, luge, patinage) :	☐ Oui ☐ Non (à préciser)

Déclare par la présente accepter que mon enfant, soit photographié, filmé et que ces photos et films, soient exposés ou projetés lors de réunions, manifestations publiques, ou insérés dans des supports d'informations. Oui ☐ non☐

J'autorise mon enfant à partir seul après 17h00, ou, à la fin des activités. Oui ☐ non☐

Fait à Meyreuil le :

Signature :

Pièces à fournir obligatoirement :

- l'assurance responsabilité civile extrascolaire, à jour des cotisations,
- la fiche sanitaire ci-jointe,
- en cas de traitement médical, l'ordonnance et les médicaments,
- un chèque à l'ordre du « trésor public » - tarifs : 1ère tranche (quotient familial 0€/500€) : **70€** - 2ème tranche (quotient familial 501€/800€) : **80€** - 3ème tranche (quotient familial 801€ et +) : **90€**

Conformément à l'article L.227-5, de la Loi du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel, la Mairie de MEYREUIL informe les responsables légaux des mineurs concernés, de leur intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels peuvent les exposer les activités auxquels ils participent.

DIVERS :

Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez contacter : David Mayran au 06 78 25 66 35, par mail : d.mayran@ville-meyreuil.fr ou Lydia RUBIO au 04.42.65.90.50, par mail : l.rubio@ville-meyreuil.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON ECOLE DES SPORTS DE MEYREUIL
Septembre 2025-août 2026
(A remplir par le médecin traitant)

I/ ENFANT

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Prénom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de naissance : |__|__| |__|__| |__|__| Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin Taille |__|__|__| Poids |__|__|

I/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE
Oui ☐ ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐
COQUELUCHE	**OTITE**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**
Oui ☐ ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐	Oui ☐ Non ☐

Indiquez ci-après les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** : ……………………………………………………………………………………
……
……

II/ VACCINATIONS (se référer au **carnet de santé** ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

Vaccins Obligatoires a jour	Oui	Non	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole –Oreillons– Rougeole	
Poliomyélite				
COQ				
B.C.G.				

III/ ALLERGIES **:** ☐ Oui ☐ Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : ……………………………………………
……
……

IV/ *EXAMEN* pratiqué le : |__|__| |__|__| |__|__|
Nom, Adresse et Téléphone du médecin traitant : Docteur |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Code Postal : |__|__|__|__|__| Ville : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| 🕮 |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? ☐ 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 MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.***

Je soussigné(e) …………………………………………… Docteur en médecine certifie avoir examiné l'enfant, et, atteste :

Examen clinique normal : ☐ Oui ☐ Non (à préciser)

Contre-indication médicale à la vie en collectivité : ☐ Non ☐ Oui (à préciser)

……

Contre-indication médicale à la pratique :

Sports collectifs (football, basket, hand- ball, volley, hockey, rugby, football américain, baseball) :	☐ Non ☐ Oui (à préciser)
Sports individuels (athlétisme, gymnastique, jeux de raquettes, tir à l'arc, vtt, bmx, course d'orientation, golf) :	☐ Non ☐ Oui (à préciser)
Escalade, via ferrata, spéléologie, rafting, canyoning :	☐ Non ☐ Oui (à préciser)
Sports de combat (boxe, judo, karaté, lutte…) :	☐ Non ☐ Oui (à préciser)
Equitation :	☐ Non ☐ Oui (à préciser)
Sports mécaniques (moto-cross, trial, quad, karting) :	☐ Non ☐ Oui (à préciser)
Hip-Hop, jeux de cirque:	☐ Non ☐ Oui (à préciser)
Natation, voile, kayak, surf, paddle, planche à voile, sauvetage en mer, rafting, sport eaux vives, char à voile	☐ Non ☐ Oui (à préciser)
Laser-game, paintball	☐ Non ☐ Oui (à préciser)
Sports de neige (ski, surf, snow-blade, raquettes, luge, patinage) :	☐ Non ☐ Oui (à préciser)

Signature et cachet du médecin obligatoires :

Je soussigné(e) ……………………………………………………… RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT, autorise le responsable du groupe à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : **Signature du Représentant légal :**