

FICHE SANITAIRE : ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS
« Initiations sportives »

Tous les samedis matin (hors vacances et jours fériés) :
3-4 ans : 9h à 9h50 / 5-6 ans : 10h à 11h / 7-11 ans : 11h10 à 12h10

ENFANT :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Régime alimentaire (préciser lequel) :

PARENTS :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

PAI : Oui / Non

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Votre enfant est vacciné contre : la Poliomyélite OUI / NON (*Entourer la réponse exacte*)

Autre : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI / NON

Si oui, pour les séjours, 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)

Autres : _____

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ? (*Entourer la réponse exacte*)

RUBEOLE OUI NON	VARICELLE OUI NON	ANGINE OUI NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI NON	SCARLATINE OUI NON
COQUELUCHE OUI NON	OTITE OUI NON	ROUGEOLE OUI NON	OREILLONS OUI NON	

ALLERGIES : ASTHME : oui non MEDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES : oui non AUTRES

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

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ : (*Maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation*) et préciser les dates et les précautions à prendre.

.....

RECOMMANDATIONS (votre enfant porte des lunettes, des lentilles, une prothèse...)

.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom

Prénom.....

Adresse.....

Lien de parenté : père / mère autre (préciser).....

Tél. fixe : domicile :Bureau :

Tél. portable : Bureau :

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN L'ABSENCE DU RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom et prénom : Tel :

TARIFS : 140€ l'année (hors vacances et jours fériés)

Dès réception de votre facture, le stage sera à régler directement à la **régie unique de la mairie de Bois d'Arcy** auprès de la Direction de la Réussite Educative

Autorisations diverses :

- ☐ J'autorise la ville de Bois d'Arcy et plus particulièrement la direction jeunesse et sports à réaliser des prises de vue de mon enfant et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au nom, à faire usage de ces captations dans le cadre de tous ses supports de communication de la ville
- ☐ J'autorise l'équipe de la direction jeunesse et sport à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

(Merci de cocher les cases pour valider les autorisations).

Mention légale : Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par la direction jeunesse et sport de la Ville de Bois d'Arcy dans un fichier informatisé utilisé pour la gestion sanitaire des personnes inscrites aux activités proposées. Elles sont conservées pendant un an et sont destinées aux seuls services précédemment cités. Conformément à la loi « informatique et libertés » et au Règlement Général sur la Protection des Données, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité de vos données en contactant notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : correspondant.cnil@agglovgp.fr

Je soussigné

Responsable légal de l'enfant :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,

Date :

Signature :

Règlement EMS

Nous vous invitons fortement à prendre connaissance du règlement de l'EMS, consultable sur le site de la ville, qui définit le fonctionnement de toutes les activités de l'EMS.

https://www.boisdarcy.fr/iso_album/reglement_ems.pdf

Documents complémentaires à fournir :

- Certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive (valable 3 ans)
- Attestation d'assurance 2026/2027