**Enfant :**

NOM :.................................................. PRENOM : ………………………………………………………………….

Date de naissance : …………/……………/………… Classe :……………………………………………..................

Scolarisé à : …………………………………………………………………………………………………………………………..

Nom de l’Assurance scolaire / extrascolaire :………………………………………………………………………..

N° du contrat d’assurance : ………………………………………………………………………………………………….

**Responsables légaux :**

|  |
| --- |
| Nom : ……………………………………………………………………………………………………………………………Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………CP : …………………………………Ville : .…………………………………………………………………………………@ : ….…………………………………………………………………………………………………………………………..✆ Portable : …………………………………………………………………………………………………………………✆ Professionnel : …………………………………………………………………………………………………………N° Allocataire CAF : ………………………………………………………………………………………...............CCAS Hérouvillais – Barème Carte « Vivacité » : ………………………………………………………….. |
| Nom : …………………………………………………………………………………………………………………………..Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………Adresse : ………………………………………………………………………………………………………………………CP : …………………………………Ville : .…………………………………………………………………………………@ : ….…………………………………………………………………………………………………………………………..✆ Portable : ………………………………………………………………………………………………………………..✆ Professionnel : ………………………………………………………………………………………………………..N° Allocataire CAF : ………………………………………………………………………………………............... |
| Nom à faire apparaitre sur la facture : ………………………………………………………………………. |

**Certificat Médical**

Je soussigné(e), Dr certifie que

est apte à la pratique d’activités physiques et sportives proposées au sein du centre de loisirs CAP’Tivan

et de l’association CAP’Sport (activités ludo-sportive, initiatique ; sport de balles / baby sport)

Contre-indications :

Signature & tampon du médecin :

Certificat établi le / / 2022

à

Je soussigné M ou Mme …………………………………………………… autorise………....…………………………………………… à participer aux dispositifs de l’accueil collectif de mineurs Pass’Sport de Champions mis en place par l’association **CAP’SPORT**, qui se déroulera tout au long de l’année 2022.

En outre, j’autorise les responsables du projet à prendre toutes les mesures d’urgences concernant mon enfant en cas d’accident ou d’infection aigu.

Signature (mention lu et approuvé)

Fait à …………………………………………………….

le …… / …… / 2022

\*\*Cocher les cases de votre choix

***Comment rentre mon enfant ? \*\****

* J’autorise mon enfant à rentrer seul aux horaires délivrés par le dispositif concerné.
* Accompagné par ses responsables légaux ou les personnes ci-dessous :

*Mr ou Mme………………………………………….Qualité :…………………………….Tel :………………………….......*

*Mr ou Mme………………………………………….Qualité :…………………………….Tel :………………………….......*

***Droit à l’image : \*\****

* J’autorise le centre de loisirs à utiliser les photos prises de mon enfant pour alimenter les différents médias qu’utilise l’association.
* Je n’autorise pas le centre de loisirs à utiliser l’image de mon enfant.

***Déplacements : \*\****

* J’autorise le centre de loisirs à transporter mon enfant dans le cadre des sorties par le biais, soit des transports en commun, soit d’un véhicule de l’association CAP’Sport, soit d’un véhicule d’un salarié.
* Je n’autorise pas le centre de loisirs à transporter mon enfant dans le cadre des sorties.

***Informations personnelles :*** ***\*\****

* J’autorise le centre de loisirs de consulter mon quotient familial sur le compte partenaire CAF.
* Je n’autorise pas le centre de loisirs à consulter mon quotient familial sur le compte partenaires CAF.
* J’autorise CAP’Sport à m’envoyer des offres de loisirs par mail.

***Règlement intérieur : \*\****

* J’atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur et m’engage à en respecter les clauses.

**🡨 Pour remplir les conditions sanitaires de l’obtention de la Licence UFOLEP, vous pouvez soit attester de la bonne santé de votre enfant, soit le soumettre à une visite médicale :**

* J’atteste que mon enfant a répondu NON à toutes les questions du questionnaire de santé.
* J’opte pour la visite médicale (encart à compléter sur la fiche ou un certificat médical annexe) :

**Pour être complet, votre dossier doit être constitué de :**

L’adhésion annuelle de 10€ (valable du 1er janvier au 31 décembre)

La fiche de renseignement enfant – vacances 2022

La fiche sanitaire de liaison (à retirer auprès du centre ou à télécharger sur le site)

Une photocopie du carnet de vaccinations

L’attestation CAF ou le n° allocataire à remplir ci-dessus.

Feuille d’adhésion UFOLEP

La carte Viva Cité (le cas échéant)