



REGLEMENT INTERIEUR

*Toute inscription sera validée par la remise d'un **dossier COMPLET** et de l'acquittement de la cotisation qui sera non remboursée en cas de départ ou d'exclusion de l'enfant.

*Une tenue de sport correcte est exigée (short ou survêtement). Une paire de basket à semelle non marquante et « sortie du sac » est **obligatoire** pour le gymnase.

*Contrat moral : Les enfants inscrits s'engagent à respecter, les éducateurs, leurs camarades ainsi que le matériel mis à leur disposition. Tout enfant ne respectant pas ces trois points sera exclu momentanément d'une ou plusieurs séances, voir exclu définitivement sans aucun remboursement possible.

*Tous les enfants qui mangent sur le lieu des activités (hall d'entrée du gymnase) sont priés de le laisser propre.

*. Les parents autorisent la POM à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident concernant leur enfant.

* Les parents autorisent leur enfant à participer à toutes les activités mises en place par la POM et le transport en car ou véhicule particulier (de parents se proposant pour le trajet) sur les lieux d'activité.

*Seules les absences et les annulations AVANT le début des stages vacances ou des sorties et pour des raisons médicales (certificat médical obligatoire) donneront lieu à un remboursement.

*Les programmes d'activités des stages sont à titre indicatif et peuvent être modifiés par la POM.

*La POM décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol d'effets personnels.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »,



BULLETIN D'INSCRIPTION STAGES

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

Né(e) le.....Nageur (test réussi 25m) Non nageur

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

Né(e) le.....Nageur (test réussi 25m) Non nageur

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

Né(e)le.....Nageur (test réussi 25m) Non nageur

| | Père | Mère |
|---------------|------|------|
| Nom et prénom | | |
| Adresse | | |
| Domicile | | |
| Portable | | |
| Mail | | |

DATES

vacances d'automne mini camps

vacances d'hiver

vacances de printemps

vacances d'été 1 2 3 4 semaines

PAIEMENT : la somme de€ espèces chèque à l'ordre « POM »

CAF autre.....

FOURNIR OBLIGATOIREMENT UN CERTIFICAT

JOINDRE UNE ATTESTATION D'ASSURANCE, RESPONSABILITE CIVILE

SIGNER OBLIGATOIREMENT LE REGLEMENT INTERIEUR

SIGNATURES :



AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de notre association, des photos ou vidéos de votre ou vos enfants peuvent être utilisées en vue de promouvoir nos activités. Nous sollicitons votre autorisation.

Nous soussignés :

Responsable légal de(s) l'enfant(s) :

Autorisons l'association Pays D'Othe Multisports à utiliser l'image de mon ou mes enfants désignés ci-dessus pour promouvoir ses activités ainsi que l'association.

N'autorisons pas l'association Pays D'Othe Multisports à utiliser l'image de mon ou mes enfants désignés ci-dessus pour promouvoir ses activités ainsi que l'association.

NB : Les légendes ou commentaires ne permettront en aucun cas d'identifier l'enfant. En conséquence du quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit au nom, nous autorisons l'association Pays d'Othe Multisports à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies et vidéos prises dans le cadre de la présente. Les photographies pourront être exploitées et utilisées directement par l'association Pays d'Othe Multisports, presse, exposition, publicité, projection publique, site internet. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à l'exploitation des photographies ou vidéos susceptible de porter atteinte à la vie privée ou la réputation, ni d'utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitations préjudiciables.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Contre-indications et allergies :

Nom du médecin traitant :

N° tel du médecin :

N° de Sécurité sociale :

Si votre enfant fait actuellement l'objet d'un traitement médical particulier, merci de le préciser : Oui Non

Si vous avez répondu oui, veuillez préciser les informations suivantes :

Prénom de l'enfant concerné :

Nature de la maladie ou de la blessure :

Traitement particulier :

Personne(s) à joindre (autre que parents) :

Nom:..... ①

Nom:..... ①

En cas d'urgence et d'obligation de transférer mon enfant dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU. Je serai très rapidement prévenu de ce transfert. J'assurerai sa sortie de l'hôpital.

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »