

Responsable Légal : **Nom et Prénom** : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance: .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone :

Domicile :

Portable :

Bureau :

Mail : .....

### RENSEIGNEMENTS ENFANT

**Nom de l'enfant** : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance: .....

Sexe : Fille  Garçon

PAI / Suivi Médical : .....

### AUTORISATIONS PARENTALES DECHARGEANT LA VILLE DE TOUTE RESPONSABILITE

Je soussigné(e) Nom et prénom.....

⇒ **AUTORISE OU PAS MON ENFANT A RENTRER SEUL(E) DE L'ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS**

OUI  NON

⇒ **AUTORISE MON ENFANT A SORTIR DE L'ECOLE MUNICIPALE DES SPORTS AVEC UNE AUTRE PERSONNE MAJEURE**

Nom ..... Prénom ..... Tél.....  
Nom ..... Prénom ..... Tél.....

**AUTORISE mon enfant à être photographié et/ou filmé dans le cadre de l'Ecole Municipale des Sports et autorise l'utilisation des images pour les supports de communication de la Ville.**

**N'AUTORISE PAS mon enfant à être photographié et/ou filmé dans le cadre de l'Ecole Municipale des Sports.**

⇒ **Autorise le Responsable de l'Ecole Municipale des Sports à prendre toutes les dispositions pour faire soigner et faire pratiquer toute intervention d'urgence, jugée utile et nécessaire.**

⇒ Certifie que l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche sont exacts et m'engage à communiquer immédiatement les modifications comme les changements de numéros de téléphone.

<b>PAIEMENT</b>
-----------------

⇒ M'engage à régler la cotisation à l'Ecole Municipale des Sports de 80 euros à réception de l'avis des sommes à payer transmis par le Trésor Public

Paiement en 1 fois (15 septembre)

Paiement en 3 fois (15 septembre, 15 janvier, 15 avril)

Nous vous informons que les données collectées ont été recueillies à des fins d'inscription et de participation à des enseignements sportifs par la Ville de Challans. Ces données sont également utilisées à des fins statistiques. Elles sont conservées pendant 1 an et sont destinées à l'Ecole Municipale des Sports. Conformément au RGPD, vous pouvez exercer un droit d'opposition, de rectification et d'effacement des données me concernant en contactant l'Ecole Municipale des Sports. En cas de violation du RGPD, j'ai le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

**Date :**

**Signature des Parents :**

---

**PIÈCES À FOURNIR**

- Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive d'activités multisports (sauf pour les renouvellements)
- Copie de l'attestation d'assurance « responsabilité civile »

<p><b>Réunion d'information et reprise de l'activité</b> <b><u>Le 14 septembre 2022</u></b> <b>à 10h15 au complexe Pierre de Coubertin</b></p>
--

---

**PARTIE A REMPLIR PAR LE SERVICE DES SPORTS**

Attestation d'assurance

Certificat médical