FICHE D'INSCRIPTION

LES MERCREDIS A LA NEIGE - SAISON 2019

ENFANTS de 6 ans à 14 ans disponibles le mercredi
(l'enfant doit avoir 6 ans révolus le 1er jour de l'activité et moins de 14 ans le dernier jour de l'activité)

RAMENER impérativement ce document avant **le 23 novembre 2018** dans vos SLV ou à la CMCAS de Nice, accompagné des chèques et pièces justificatives demandées.

L'ENFANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

Adresse : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Demande de prêt skis/bâtons : ☐ oui ☐ non

Niveau E.S.F acquis : ☐Débutant ☐Flocon ☐1ère Etoile ☐2ème Etoile ☐ 3ème étoile ☐Et. de bronze ☐Et. d'Or ☐Compétition

Les sorties du mercredis étant des sorties de loisirs, nous nous réservons le droit, selon l'encadrement sur place, de regrouper les niveaux au-dessus de la 3ème étoile.

Lieu de ramassage : ☐ Place de l'Aubarède - EDF (Le Cannet) ☐Nice Matin (RN202 Nice) ☐ Saint-Martin du Var

As-t-il déjà une carte du GAZELEC pour la saison 2018 / 2019 : ☐ oui ☐non
si oui section : _____ N° de carte : _____

LES PARENTS

NOM : _____ Prénom : _____

Tél. dom. : _____ Port. : (papa) _____ Port. : (maman) _____

E-mail perso : _____ @ _____

Adresse (si différente de l'enfant) : _____

_____

Code postal : _____ Ville : _____

Indiquer obligatoirement :

SERVICE : _____ UNITE : _____ Téléphone : _____
S.L.V. N° : _____ E-mail pro : _____ @ _____

CERTIFICAT MÉDICAL OBLIGATOIRE

Merci de joindre **impérativement** un CERTIFICAT MÉDICAL attestant que l'enfant ne présente aucune contre-indication cliniquement apparente aux efforts physiques, ni à la pratique du ski ou des sports de neige.

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

Tous les enfants sont les bienvenus, cependant, si votre enfant rencontre des difficultés particulières, n'hésitez pas à prendre contact avec nous pour en discuter. Afin de faciliter le travail de l'équipe d'encadrement et d'être plus proche de vos enfants merci de compléter avec soin cette rubrique.

☐ Pas d'information particulière à signaler

☐ Traitement médical à suivre - lequel : _____

☐ Allergies alimentaires ou médicamenteuses - laquelle _____

☐ Autres informations à signaler : _____
(port de lunettes, prothèses, problème comportemental, hyperactivité, …) - éventuellement joindre un courrier séparé ou le préciser lors de l'inscription

AUTORISATION PARENTALE

Autorise le responsable de l'activité ou ses adjoints à prendre, en cas d'urgence, toutes les dispositions utiles concernant les traitements médicaux ou chirurgicaux qui pourraient s'imposer.

Nom de la personne à prévenir : _____ Téléphone : _____
Ou 2ème personne : _____ Téléphone : _____

DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre de la mise en ligne sur les sites de la CMCAS et de l'insertion dans les publications de la CMCAS sur supports papiers, cd et multimédia, de photos ou reportages :

☐ Autorise expressément à utiliser l'image de mon enfant, sans limitation de durée, ni autre formalité préalable ;

☐ N'autorise pas l'utilisation de l'image de mon enfant

Fait à _____, le _____
SIGNATURE obligatoire