

Coordonnées à compléter en majuscule

Nom de l'enfant : Prénom :

Adresse postale :

Code postal : Commune :

Date de naissance :

Parent 1 : Nom : Prénom :

Tél. mobile : Adresse email* :

Parent 2 : Nom : Prénom :

Tél. mobile : Adresse email* :

Autre personne à prévenir : Nom : Prénom :

Tél. mobile :

*conformément à la réglementation en vigueur, si vous renseignez ce champ, votre adresse ne sera utilisée qu'à des fins de prospection et d'information dans le cadre de la piscine communautaire de Sarralbe.

Au paiement de l'inscription en caisse d'un montant de 95 € annuel (sauf Pass Ad'Eau : 60 € semestriel ou 95 € annuel), l'adhérent recevra une carte nominative (prix d'achat de 2 €), permettant l'accès de l'utilisateur uniquement aux cours. Cette carte permet d'entrer dans l'enceinte de l'établissement 5 minutes avant le début du cours. La carte est strictement personnelle et ne peut être ni cédée, ni échangée, ni revendue sous peine de se voir exclu de l'activité. L'établissement se réserve le droit de prendre ou d'imposer toute mesure qui serait nécessaire pour garantir la sécurité de ses usagers et les conditions d'hygiène. Aucun remboursement ne sera effectué, sauf cas exceptionnel, sur demande écrite avec justificatif envoyé en recommandé avec accusé de réception et sur acceptation de la direction.



Merci de bien vouloir respecter les horaires de fin d'animation. La surveillance des enfants hors du bassin est à la charge des parents. La direction décline toute responsabilité en cas de problème.

Autorisation de publication d'une photographie

☐ **J'autorise**

☐ **Je n'autorise pas**

(cochez la case de votre choix)

La Communauté d'Agglomération Sarreguemines Confluences à publier les photographies prises sur lesquelles je et/ou l'enfant figure, en vue de les diffuser, dans un objectif d'information et de valorisation des actions portées par la Communauté d'Agglomération, pour illustrer divers documents réalisés par elle (notamment brochures, revue « Entre Sarre et Blies », affiches) ou les mettre en ligne à la disposition de toute personne qui viendra se connecter sur le site Internet désigné à l'adresse : <http://www.agglo-sarreguemines.fr>.

Valable pour une durée de 3 ans, cette autorisation pourra être révoquée sur simple demande écrite à :
Communauté d'Agglomération Sarreguemines Confluences – Service communication - 99, rue du Maréchal Foch
57200 Sarreguemines - Tél. : 03 87 28 30 30 - Courriel : contact@agglo-sarreguemines.fr

Je déclare accepter les conditions citées ci-dessus. Inscription selon les places disponibles. Aucune inscription ne sera acceptée si le dossier est incomplet.

Signature :

FICHE D'URGENCE MEDICALE

Valable du 1^{er} septembre 2025 au 31 août 2026

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

☐ Je certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale pour la pratique d'une activité aquatique

Pour tout champs rempli dans cet encart, merci de fournir un certificat médical de non contre - indication à la pratique de la natation

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence à l'animation ? Oui Non
Si oui 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).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre.

Trouble neurodéveloppemental : oui non Trouble du spectre autistique : oui non

Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : oui non

DYS : le(s)quel(s)

Précisions :

En cas d'urgence, l'enfant accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un enfant mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Nom et numéro du médecin traitant :

Je soussigné (e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

DATE :

SIGNATURE :