

Nom et prénom de l'enfant: .....

Adresse postale : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Date de naissance de l'enfant \*: ..... Téléphone : .....

Courriel : .....

\*ATTENTION ! L'enfant qui souhaite participer à «J'apprends à nager» doit être âgé de 6 ans révolus au moment de l'inscription.

Vacances d'été	J'apprends à nager	mon choix
Semaine 1 et 2* du 18 au 21/07 et du 25 au 28/07	J'apprends à nager - Réservé aux 6 ans / 12 ans ayant une autonomie en grande profondeur de 13h15 à 14h30	
Semaine 3 et 4 du 01 au 04/08 et du 08 au 11/08	J'apprends à nager - Réservé aux 6 ans / 12 ans ayant une autonomie en grande profondeur de 13h15 à 14h30	

**\*PAS D'ANIMATION LE 14 JUILLET !**

Merci de bien vouloir respecter les horaires de fin d'animation. En effet, les parents devront être présent 5 minutes avant la fin de l'activité.  
Après 14h30 pour «J'apprends à nager» les enfants ne sont plus sous la responsabilité de l'établissement.

## Autorisation de publication d'une photographie

Je soussigné(e) (prénom, nom).....

autorise

n'autorise pas

la Communauté d'Agglomération Sarreguemines Confluences à publier les photographies prises sur lesquelles je figure / mon (mes) enfant(s) figure(nt)\*, 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 illimitée, 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 / Fax : 03 87 28 30 31 / Courriel : [contact@agglo-sarreguemines.fr](mailto:contact@agglo-sarreguemines.fr)

Fait le.....

Signature

A .....

\*prière de rayer les mentions inutiles

# J'apprends à nager

Afin de faciliter la gestion administrative, nous vous demandons de nous rapporter les différents documents d'inscription le samedi avant l'activité (se référer au tableau). Aucun document ne sera accepté le 1er jour de l'animation.

## Partie réservée à l'administration :

Enfant testé par un maître-nageur\*

Nom du MNS : .....

Date d'inscription : .....

Date : .....

\* le test de nage peut être effectué gratuitement à la piscine avec un éducateur sportif.

Signature :

**Nom et signature de la personne ayant réceptionné les documents :**

# FICHE D'URGENCE MEDICALE

Valable du 1<sup>er</sup> septembre 2022 au 31 août 2023

## N° de téléphone des personnes à contacter en cas d'urgence

Nom - prénom - numéro : .....

Nom - prénom - numéro : .....

## 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.

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 tél. 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 :**