



# Fiche individuelle d'inscription

## PASS'EAU - saison 2024/2025

Infos par téléphone au 03 87 97 80 55 (accueil de la piscine)

### Coordonnées à compléter en majuscule

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Adresse postale : .....

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

Date de naissance : .....

Tél. domicile : ..... Tél. mobile : .....

E-mail\* : .....

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (Allergies etc.) :

.....

.....

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

|       | 1er semestre | 2e semestre |
|-------|--------------|-------------|
| Dates |              |             |

Au paiement de l'inscription en caisse, l'adhérent recevra une carte nominative (prix d'achat 2€) permettant l'accès de l'enfant uniquement à l'activité PASS EAU. Cette carte permet d'entrer dans l'enceinte de l'établissement 10 minutes avant le début de l'animation.

La carte d'accès 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.

Aucun remboursement ne sera effectué (sauf cas exceptionnel, sur demande écrite avec justificatif envoyé en recommandé avec AR et sur acceptation de la direction).

Durant les vacances scolaires il n'y aura pas de séance de Pass'eau .

Les informations complémentaires relatives à la session du Pass'eau auquel votre enfant participe vous seront transmis par courriel.

**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 : [www.agglo-sarreguemines.fr](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](mailto:contact@agglo-sarreguemines.fr)

Je déclare accepter les conditions citées ci-dessus. Inscription selon places disponibles. Toute inscription ne pourra être prise en compte sans un dossier complet.

Fait le.....

Signature

A .....

# FICHE D'URGENCE MEDICALE

Valable du 1<sup>er</sup> septembre 2024 au 31 août 2025

## 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 :**