FICHE D'INSCRIPTION

SAISON
2025
2026

Direction des Sports : ADS@manteslajolie.fr
Téléphone : 01.34.78.98.83

CIVILITÉ

Nom : Prénom :
Date de naissance : Numéro de téléphone :
Adresse postale :
Adresse mail :

CHOIX DE LA SECTION & TARIFS

☐ Enfants 3/5 ans 1 séance / semaine : 60 € 2 séances / semaine : 100 €	☐ Enfants 6/14 ans 100 €	☐ Famille 60 €	☐ Sport-adapté 60 €
---	---	--	---

MODALITÉS D'INSCRIPTION

LIEU D'INSCRIPTION :

Inscription auprès des 3 mairies du lundi au vendredi de 9h à 12h et de 13h à 17h, le samedi de 9h à 12h (Val Fourré et Gassicourt uniquement).

FACTURATION ET MOYENS DE PAIEMENT :

☐ Carte bancaire	☐ Espèces
☐ Chèque à l'ordre de « régie centrale de recettes »	☐ Chèques Loisirs CAF

DOCUMENTS À FOURNIR

☐ Fiche d'inscription dûment remplie	☐ Photocopie de la carte d'identité de l'enfant (ou livret de famille)
☐ Attestation d'assurance extrascolaire	☐ Photocopie de la carte vitale des parents
☐ Certificat médical d'aptitude à la pratique sportive	

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Je soussigné(e) agissant en qualité de
 père mère tuteur tutrice autre, précisez : atteste sur l'honneur :
 détenir l'autorité parentale conjointe être investi(e) du droit de garde (résidence habituelle)
 détenir l'autorité parentale exclusive exercer la tutelle

PERSONNES MAJEURES AUTRES QUE LES PARENTS AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

(Ces personnes seront invitées à présenter leur justificatif d'identité avec photo)

Nom / Prénom	Lien de parenté	Téléphone

À la demande du ou des parents détenteur(s) de l'autorité parentale, les enfants pourront être confiés à des personnes mineures. Cependant, un responsable légal devra désigner par écrit un ou des tiers majeur(s) ou mineur(s) autorisé(s) à prendre en charge leur(s) enfant(s). Cette formalité implique d'apporter cette précision sur la fiche sanitaire et de justifier l'identité du tiers mineur et/ou majeur autorisé à récupérer les enfants. Pour les enfants de moins de 6 ans, une préconisation particulière est demandée aux parents, celle-ci consiste à présenter à l'équipe d'encadrement les personnes mineures, afin qu'elle puisse identifier et émettre éventuellement un avis par écrit. * (renseignement obligatoire)

EN CAS D'URGENCE PRÉVENIR (Si le responsable légal de l'enfant n'est pas joignable)

Nom / Prénom : Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Groupe sanguin (si connu) :

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

(Si oui joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants, boîtes de médicaments d'origine marquées au nom de l'enfant et avec la notice, à remettre dans un sac et en mains propres au directeur d'accueil).

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE

Médecin traitant (facultatif) : Dr Téléphone :

Adresse :

VACCINATIONS (fournir obligatoirement une copie du carnet de vaccination)

D.T.P. (date du dernier rappel) B.C.G. (facultatif) 1^{ère} vaccination :

L'enfant est-il hémophile ? (Trouble de la coagulation du sang occasionnant un saignement prolongé)

ALLERGIE	APPAREILLAGE	RÉGIME SPÉCIFIQUE
Asthme : ☐ oui ☐ non	Port de lunettes : ☐ oui ☐ non	☐ Classique
Médicamenteuse : ☐ oui ☐ non	Appareil auditif : ☐ oui ☐ non	☐ Sans viande
Alimentaire : ☐ oui ☐ non	Appareil dentaire : ☐ oui ☐ non	☐ Sans porc
Autre :	Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) : ☐ oui ☐ non	☐ Panier repas (PAI)

AUTORISATIONS (cocher la ou les case(s) utile(s))

- J'autorise mon enfant scolarisé en élémentaire à repartir seul chez lui.
- J'autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties proposées par l'équipe d'animation.
- J'autorise la direction à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale ou à donner les médicaments nécessaires au traitement de mon enfant sur ordonnance médicale.
- J'autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant et que son image puisse être diffusée, exposée, publiée (photo souvenir sur un support, prises de vues liées aux activités, journal municipal).
- J'autorise mon enfant à emprunter les différents transports (bus, mini-bus, ...) dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs.
- J'autorise la Ville de Mantes-la-Jolie à m'envoyer des informations relatives à la Ville (SMS ou mail).

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE (Joindre obligatoirement l'attestation en cours de validité)

Compagnie : N° de police :

N° ALLOCATAIRE CAF/MSA :

Autres renseignements utiles à connaître :

Je soussigné(e),, responsable légal(e) de l'enfant, reconnais :

- avoir lu et être d'accord avec le règlement de l'Académie des Sports ;
- l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à communiquer toutes modifications (téléphone ou autres) à la mairie et aux accueils de loisirs.

Date :/...../..... Signature :

INFORMATIONS RÉGLEMENTAIRES

Mention légale : Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées par la Direction des Sports de la Ville de Mantes-la-Jolie dans un fichier informatisé utilisé pour la gestion sanitaire des personnes inscrites aux activités proposées. Elles sont conservées pendant un an et sont destinées aux seuls services précédemment cités. Conformément à la loi « informatique et libertés » et au Règlement Général sur la Protection des Données, vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, d'effacement, d'opposition et de portabilité de vos données en contactant notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante : juridique@manteslajolie.fr.