



ECOLE MULTISPORTS BORDEAUX BASTIDE 2025-2026

FICHE D'INSCRIPTION (recto-verso)

- ☐ CREATION
☐ RENOUELEMENT

GROUPE :

- ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ G5 ☐ G6 ☐ G7 ☐ G8

INFORMATIONS SUR L'ENFANT :

NOM : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

ECOLE : _____

NUMERO TELEPHONE FIXE : _____

NUMERO TELEPHONE PERE/MERE : _____

E-MAIL : _____

MERCI DE NOUS PRECISER VOTRE
MOYEN DE DEPLACEMENT :

- ☐ BUS-TRAMWAY
☐ VOITURE
☐ VELO
☐ DEUX-ROUES MOTORISES
☐ A PIEDS

AUTORISATION PARENTALE :

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame _____ autorise mon fils / ma fille à participer aux activités sportives organisées au sein de l'école multisports le samedi matin durant la période scolaire 2025-2026.

A la fin des activités, mon enfant à l'autorisation de rentrer seul :

- ☐ Oui ☐ Non

Si votre enfant doit partir avec une autre personne, merci de remplir l'attestation au verso de la feuille.

- ☐ J'autorise le responsable de l'EMS ainsi que le corps médical à prendre les décisions nécessaires concernant une éventuelle hospitalisation médical en cas d'absence d'un responsable légal.

Le club et la mairie ne peuvent en aucun cas être responsables de la perte ou du vol d'un objet pendant les activités de l'EMS. Nous vous conseillons donc de ne pas laisser vos enfants avec des objets de valeur.

- ☐ J'autorise les encadrants de l'EMS à prendre en photo et/ou vidéo mon enfant afin de les utiliser sur les supports de communication du club sans limitation de durée.

PIECES A JOINDRE :

- Questionnaire santé
- Responsabilité civile
- Règlement : 120€ (1^{er} enfant) ☐ chèque ☐ espèces
(2nd enfant : 110€ / 3^{ème} enfant : 100€)

Date :

Signature :



Attestation

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

.....

autorise les personnes nommées ci-dessous à venir récupérer mon enfant :

-
-
-
-
-
-
-
-
-

Fait à le/...../.....

Signature :

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ENFANT

ÉCOLE MULTISPORTS

(À REMETTRE AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION)



CE DOCUMENT EST OBLIGATOIRE POUR PERMETTRE À VOTRE ENFANT DE PARTICIPER AUX SÉANCES.
IL EST CONFIDENTIEL ET RÉSERVÉ À L'ÉQUIPE ENCADRANTE.

NOM / PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE :

NOM ET PRENOM DU / DES RESPONSABLES LÉGAUX :

NUMÉRO À CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

MÉDECIN TRAITANT (NOM ET TÉLÉPHONE) :

Merci de cocher OUI ou NON pour chaque question !

SI VOUS COCHEZ **OUI** À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS, MERCI DE CONSULTER VOTRE
MÉDECIN TRAITANT AFIN QU'IL PUISSE VOUS DÉLIVRER UN CERTIFICAT MÉDICAL
D'APTITUDE À LA PRATIQUE DU MULTISPORTS.

QUESTIONS	OUI	NON
Votre enfant a-t-il été hospitalisé ou opéré ces 12 derniers mois ?	☐	☐
Présente-t-il une maladie chronique ou un suivi médical régulier ?	☐	☐
A-t-il déjà eu des malaises, vertiges ou pertes de connaissance à l'effort ?	☐	☐
A-t-il déjà ressenti des douleurs thoraciques ou des palpitations à l'effort ?	☐	☐
Est-il asthmatique ou sujet à des troubles respiratoires ?	☐	☐
Prend-il un traitement médicamenteux régulier ?	☐	☐
A-t-il des allergies connues (alimentaires, médicamenteuses, piqûres, etc.) ?	☐	☐
A-t-il déjà eu une blessure sérieuse (fracture, entorse, chirurgie articulaire...) ?	☐	☐
A-t-il un trouble ou un handicap à prendre en compte (TSA, TDAH, DYS, etc.) ?	☐	☐
Y a-t-il une contre-indication médicale connue à la pratique du sport ?	☐	☐

Je soussigné(e), représentant(e) légal(e) de
l'enfant....., certifie sur l'honneur l'exactitude des
informations fournies ci-dessus et m'engage à prévenir les encadrants en cas de
changement de l'état de santé de mon enfant durant l'année.

Fait à :

Le :

Signature :