



# ÉCOLE MUNICIPALE DES SPORTS

**BABY GYM  
18 MOIS À 3 ANS**

**NOM :** .....

**PRÉNOM :** .....

Certificat Médical Multisports et mention Vaccinations à jour

Cotisation : Chèque .....  
Espèces .....

Règlements intérieurs

Dossier ci-joint

Justificatif de domicile  
Piscénois uniquement

Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles la Mairie de Pézenas s'engage à ne pas divulguer, ne pas transmettre ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes quels qu'il soient, conformément au RGPD. (Règlement Général de la Protection des Données)

# AUTORISATION PARENTALE

Nom et Prénom de l'enfant : .....

Nom et Prénom des parents : .....

Date de naissance de l'enfant : ..... / ..... / ..... - ..... ans

Adresse : .....

Numéros de téléphones : a. .... b. ....

**1** Autorise et atteste de l'aptitude de mon enfant à participer aux séances de Baby Gym municipale :

OUI

NON

**2** Autorise l'équipe éducative à faire appel aux services d'urgences (pompiers, SAMU) en cas d'accident :

OUI

NON

**3** Autorise l'équipe éducative à pratiquer les gestes des 1<sup>er</sup> secours en cas d'accident :

OUI

NON

**4** Autorise l'équipe éducative à prendre mon enfant en photo ou le filmer dans le cadre des animations et à diffuser son image sur papier, Facebook et le site de la Ville :

OUI

NON

**5** Autorise les personnes nommées ci-dessous à participer à la séance avec mon enfant durant mon absence :

## NOMS ET PRÉNOMS

## LIEN DE PARENTÉ

..... - .....

..... - .....

..... - .....

 Si vous souhaitez recevoir les programmes des vacances sportives durant l'année scolaire, veuillez noter votre mail lisiblement : .....

# INFORMATIONS MÉDICALES

**Recommandations utiles** : Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives etc. Si, oui les précautions à prendre : .....

**Difficultés de santé** : Maladie, accident, crises convulsives, opérations et rééducation etc. Si, oui précisez les précautions à prendre : .....

**Allergies** : Veuillez précisez le type d'allergie dont votre enfant est porteur (asthme, médicamenteuse, alimentaires, autres ...) : .....

.....

.....

.....

.....

*Je m'engage à prévenir les éducateurs de tout changement concernant les renseignements contenus dans le dossier d'inscription*

*Signature du/des responsable(s) légal(s) • Fait Pézenas le ..... / ..... / .....*