



**Inscrit**

Nom : .....

Prénom : .....

**Inscription pour le créneau du :**

Jour : ..... Horaires : .....

**Pour les enfants de la Baby POM 3 ans :** Ou  Du : .....

Du : .....

**Contre-indication(s)**

.....

**Maladie(s)**

.....

**Médecin et Hospitalisation**

Nom : .....

☎ : ...../...../...../...../.....

Hôpital (si hospitalisation) : .....

**Assurance**

Assureur : .....

N° de Contrat : .....

Date de validité : ...../...../..... Au ...../...../.....

**Autorisation(s) de l'inscrit**

Photo, Film

Droit à l'image

Baignade

Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités

Intervention médicale ou chirurgicale

Vaccins	Date de la dernière vaccination	Autres vaccins	Date de la dernière vaccination
<input type="checkbox"/> DTP/DTCP/DTCPhi	...../...../.....	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
<input type="checkbox"/> BCG	...../...../.....	<input type="checkbox"/>	...../...../.....
<input type="checkbox"/> ROR	...../...../.....	<input type="checkbox"/>	...../...../.....

**Personne(s) autorisée(s) à venir chercher l'inscrit**

Nom-Prénom :	Liens : (père, ami, tante...)	☎ Domicile	☎ Portable
.....	.....	...../...../...../...../.....	...../...../...../...../.....
.....	.....	...../...../...../...../.....	...../...../...../...../.....
.....	.....	...../...../...../...../.....	...../...../...../...../.....

**Personne(s) à prévenir en cas d'urgence**

Nom-Prénom :	Liens : (père, ami, tante...)	☎ Domicile	☎ Portable
.....	.....	...../...../...../...../.....	...../...../...../...../.....
.....	.....	...../...../...../...../.....	...../...../...../...../.....
.....	.....	...../...../...../...../.....	...../...../...../...../.....

Je soussigné(e) : .....

- Autorise les services municipaux encadrant l'inscrit à pratiquer les soins d'urgence.
- Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- M'engage à prévenir le(s) service(s) de toute modification. (*changement d'adresse, numéros, problème de santé, situation familiale...*).
- M'engage à payer la ou les factures concernant l'inscrit avant la date indiquée.
- M'engage à respecter le règlement intérieur.

**Signature**

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

**Pièces à fournir**

Test d'aisance aquatique (Pour la POM nature exclusivement)

Certificat médical de non contre indication à la pratique des activités nautiques