

# Ecole Multisports

## 2022 - 2023

|  |  |
|--|--|
| <p><b>ECOLE SAINT EXUPERY</b></p> <p><b>Mercredi de 14h30 à 16h30 pour les 6-8 ans</b></p>   |  |
| <p><b>Certificat médical obligatoire</b> <input type="checkbox"/></p> <p>QUOTIENT FAMILIAL : .....</p> <p>MONTANT A REGLER : .....</p>   | <p>JUSTIFICATIF DE DOMICILE <input type="checkbox"/></p> <p><b>ATTESTATION A FOURNIR</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Chèque(s) <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> ANCV <input type="checkbox"/></p>                             |
| <p><b>ENFANT</b></p> <p>Nom : ..... Prénom : .....</p> <p>Date de Naissance : ..... Age : ..... Sexe : M - F</p>   |  |
| <p style="text-align: center;"><u>1<sup>ER</sup> PARENT</u></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Adresse : .....</p> <p>Téléphone Portable : .....</p> <p>Email : .....</p>   | <p style="text-align: center;"><u>2<sup>EME</sup> PARENT</u></p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>Adresse (<b>uniquement si différente que 1<sup>er</sup> parent</b>)<br/>.....</p> <p>Téléphone Portable : .....</p> <p>Email : .....</p>      |
| <p><b>Sécurité Sociale</b> (parent couvrant l'enfant)</p> <p>Nom : .....</p> <p>Prénom : .....</p> <p>N° S.S : .....</p> <p>Caisse : .....</p> <p>Régime général <input type="checkbox"/> Régime agricole MSA <input type="checkbox"/></p> | <p><b>Quartier :</b></p> <p>Cap de bos-Magonty-Toctoucau<br/>Candau-Fac<br/>Bourg-Sardine<br/>Noès-Bellegrave-Echoppes<br/>Monteil-Madran<br/>Camponac-Chataigneraie<br/>Saige<br/>Parc industriel<br/>Alouette-France<br/>Haut Livrac<br/>3M- Cazalet</p> |
| <p><b>Personne à prévenir en cas d'urgence</b> (si autre que les parents) .....</p>  |  |

Pessac, le  
**signature,**

# Autorisation Médicale

Je soussigné(e): .....

Adresse : .....

Déclare autoriser le responsable d'encadrement de « L'ECOLE MULTISPORTS » à faire pratiquer par le premier médecin disponible les soins de toute nature qui s'imposeraient en cas de maladie ou d'accident survenant à l'enfant:

Nom : .....

Prénom : ..... dont je suis le ou la .....

par la même, je décharge le dit responsable de toutes responsabilités sur le choix du praticien.

Nom du praticien traitant : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

**Par ailleurs, je certifie que mon enfant n'est soumis à aucune  
Contre-indication pour les pratiques sportives.**

Pessac, le.....

**Lu et approuvé (manuscrit)**  
Signature