



# FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025

## ÉCOLE DES SPORTS

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :  /  /   Fille  Garçon

École  Classe :

Nom, prénom du payeur :

Adresse :

Téléphone fixe :  Téléphone portable :

Courriel :

### J'INSCRIS MON ENFANT À L'ÉCOLE DE NATATION :

- Mercredi** de 16h20 à 18h30, piscine de Verneuil-sur-Seine
- Jedi** de 16h45 à 19h30, piscine de Saint-Germain-en-Laye

### Mode de règlement choisi :

- Je règle le montant de la cotisation en une seule fois
- Je règle le montant de ma cotisation annuelle en huit mensualités de novembre 2024 à juin 2025.

### J'INSCRIS MON ENFANT À L'ÉCOLE MULTISPORTS :

- Mercredi** de 9h30 à 10h30 au COSEC (7/10 ans)
- Mercredi** de 10h30 à 11h30 au COSEC (5/6 ans)

### Mode de règlement choisi :

- Je règle le montant de la cotisation en une seule fois
- Je règle le montant de ma cotisation annuelle en huit mensualités de novembre 2024 à juin 2025.

Fait à Triel-sur-Seine le : ..... /..... /.....

Signature du responsable légal de(s) l'enfant(s) :



# ÉCOLE DES SPORTS 2024-2025

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),.....

responsable légal de(s) enfant(s) ci-dessous nommés : .....

.....  
.....  
.....

Autorise Madame, Monsieur (nom, prénom, adresse et téléphone) : .....

.....  
.....  
.....

### **POUR L'ÉCOLE DE NATATION :**

à venir chercher mon (mes) enfant(s) à la gare de Triel-sur-Seine après ses (leurs) cours à l'école de natation du mercredi ou du jeudi.

à le(s) laisser rentrer seul à mon domicile après ses (leurs) cours à l'école de natation du mercredi ou du jeudi.

### **POUR L'ÉCOLE MULTISPORTS :**

à venir chercher mon (mes) enfant(s) au COSEC de Triel-sur-Seine après ses (leurs) cours à l'école multisports du mercredi.

à le(s) laisser rentrer seul à mon domicile après ses (leurs) cours à l'école multisports du mercredi.

Fait à Triel-sur-Seine le : ..... /..... /.....

Signature du responsable légal de(s) l'enfant(s) :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024-2025

## ÉCOLE DES SPORTS

### 1 - L'ENFANT

NOM et PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

GARÇON

FILLE

### 2 - DATES DES VACCINATIONS (CARNET DE SANTÉ À PRÉSENTER LORS DE L'INSCRIPTION)

	BCG
Primo vaccination	
Résultat	

	DT POLIO
Primo vaccination	
2 <sup>ème</sup> injection	
3 <sup>ème</sup> injection	
1 <sup>er</sup> rappel	
2 <sup>ème</sup> rappel	
3 <sup>ème</sup> rappel	

	ROR
Primo vaccination	
1 <sup>er</sup> rappel	

### 3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical ?

Oui Lequel?:.....  
 Non

- L'enfant a-t-il un P.A.I ?  Oui (document obligatoire)  Non

- L'enfant a-t-il des allergies ?

ASTHME  
 Oui  Non

ALIMENTAIRES  
 Oui  Non

MEDICAMENTEUSES  
 Oui  Non

Autres contre-indications:.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, nous vous remercions de le signaler)

### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?

### 5 - AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné(e) ..... Père  Mère  Tuteur légal de l'enfant

autorise la ville de Triel-sur-Seine à faire soigner mes enfants et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin consulté.

En cas d'accident : votre enfant sera transporté par les services de secours au Centre Hospitalier de Poissy ou à l'Hôpital le plus proche de l'accident.

### 6 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM .....

PRENOM .....

ADRESSE.....

DOMICILE .....

TRAVAIL .....

PORTABLE .....

NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :

.....

PERSONNE, AUTRE QUE LES RESPONSABLES LÉGAUX A  
CONTACTER EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT DE L'ENFANT

Nom et prénom .....

Lien avec l'enfant .....

TELEPHONE .....

Fait à Triel-sur-Seine le : ..... /..... /.....

Signature du responsable légal de(s) l'enfant(s) :



# AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE

## ÉCOLE DES SPORTS 2024-2025

Je soussigné(e) .....responsable légal,  
demeurant à .....  
Tél. : ..... Courriel .....@.....

Autorise la ville de Triel-sur-Seine dans le cadre de ses activités, à photographier et utiliser l'image de mon(es) enfant(s) mineur (s) et à reproduire et diffuser ces images sur le(s) supports(s) suivant(s) dans un but non lucratif : Triel Mag, flyers, cd-rom ou dvd, site internet de la ville de Triel-sur-Seine.

Nom, prénom de l'enfant : .....  
né(e) le : .....  
demeurant : .....

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire 2024-2025.

La Mairie de Triel-sur-Seine s'interdit de mettre à disposition ces photographies pour toute exploitation dont elle n'a pas la responsabilité éditoriale et de céder la présente autorisation à un tiers. Elle s'interdit également de procéder à une exploitation illicite des images de l'enfant mineur susceptible de porter atteinte à sa dignité, sa réputation ou à sa vie privée et toute autre exploitation préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur. L'exploitation de ces photographies ne pourra donner lieu à aucune rémunération ou contrepartie sous quelque forme que ce soit. Cette acceptation expresse est définitive et exclut toute demande de rémunération ultérieure.

J'ai bien noté que je peux à tout moment faire retirer toute photographie de mon enfant en m'adressant au service des Sports.

Fait à Triel-sur-Seine le : ..... /..... /.....

Signature du responsable légal de(s) l'enfant(s) :