



## DOSSIER D'INSCRIPTION

### Stage de gymnastique **Août été 2024**

#### **INFORMATIONS PREALABLES :**

- ✚ Nous accueillons les enfants à partir de 4 ans révolus et jusqu'à 14 ans (enfants nés entre 2020 et 2009)
- ✚ Les enfants doivent OBLIGATOIREMENT être propre
- ✚ L'accueil se fait le matin à partir de 8h30 et jusqu'à 9h
- ✚ La récupération des enfants à lieu le soir entre 16h30 et 17h.
- ✚ Vous devez fournir à votre enfant son repas (nous avons des micro-ondes et frigos à disposition) ainsi que son goûter de 16h
- ✚ Nous fournirons un « goûter du matin » aux enfants en milieu de matinée

#### **POUR NOUS JOINDRE:**

- ✚ **Mail** : [accueil@lesluciolesdelyon.fr](mailto:accueil@lesluciolesdelyon.fr) (cette adresse mail sert également aux inscriptions du stages et pour toute questions relatives à la période de stage, cela nous permettra de traiter vos demandes plus rapidement).
- ✚ **Téléphone** : 06 61 31 79 29 (numéro actif uniquement pendant la période de stage).

#### **NOS TARIFS :**

	<b>Adhérents</b>	<b>Non adhérents</b>
<b>Tarif journée</b>	<b>25€</b>	<b>30€</b>
<b>Forfait semaine complète</b>	<b>105€</b>	<b>130€</b>

#### **ATTENTION !**

**Cette première page est pour vous. Vous devez la conserver pour avoir les informations nécessaires au bon déroulement du stage. Vous ne nous rendez que les deux prochaines pages de ce dossier d'inscription.**



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Nom : .....

Prénom .....

Date de naissance : .....

Licencié(e) aux Lucioles de Lyon : OUI NON

Adresse : .....

Tél portable: .....

Mail ( en majuscule) : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : .....

*Merci de bien vouloir cocher dans les tableaux ci-dessous les jours où vous souhaitez inscrire votre enfant :*

<b>Semaine 5</b>	Lundi 19/08	Mardi 20/08	Mercredi 21/08	Jeudi 22/08	Vendredi 23/08
<b>Journée</b>					

<b>Semaine 6</b>	Lundi 26/08	Mardi 27/08	Mercredi 28/08	Jeudi 29/08	Vendredi 30/09
<b>Journée</b>					

**TOTAL :**

**Adhérent** : .....X 25 (jour)           OU           .....X 105 ( semaine)

**Non-adhérent** : .....X 30 (jour)           OU           .....X 130 ( semaine)

**Somme due** :

**mode de règlement** :



## Fiche sanitaire de liaison

### Nom et prénom (de l'enfant) :

#### 1. RENSEIGNEMENTS

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies ou maladies suivantes\* ?

- Asthme : Oui Non
- Allergies alimentaires : Oui Non
- Allergies médicamenteuses : Oui Non
- Autres allergies (animaux, pollen, ...) : Oui Non (Si oui, préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :  
.....

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non (Si oui, lesquels) :  
.....

L'enfant a-t-il des lunettes, des lentilles, un appareil dentaire et/ou auditif ? Oui Non

(Si oui, lesquels) : .....

#### 2. MODALITES ADMINISTRATIVES/VALIDATION

- J'ai noté que, si l'enfant suit un traitement médical lors des différentes activités, je dois joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
- J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

#### 3. AUTORISATIONS DIVERSES (*razer les autorisations non acceptées*)

Je prends notes :

- Que mon enfant sera amené à effectuer des déplacements dans le cadre des différentes activités.
- Qu'il sera pris en photo dans le cadre des activités et pourra selon les besoins de l'association être utilisé pour de la communication.
- J'autorise mon enfant à partir seul du gymnase à 16h30. (*merci de bien rayer cet information si vous ne souhaitez pas que votre enfant parte seul à 16h30*)
- En cas d'annulation aucun remboursement ne sera effectué. Sauf pour maladie sur présentation de certificat médical. Dans les autres cas, éventuellement, un avoir pourra être mis en place. Etude au cas par cas.

Fait à : Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature(s) du ou des responsable(s) légal (aux) précédé de la mention « lu et approuvé » :