***Activité municipale adulte « pass’sports seniors »***

**DOSSIER D’INSCRIPTION 2019/2020**

***LES DOSSIERS SONT À RETOURNER AU SERVICE SPORT ET JEUNESSE dans les locaux du CCAS.***

***TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ.***



🕿🕿 ***04 94 14 07 27***

🖂 🖂sport@le-pradet.fr

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM :…………………………………………………………………………………..** | **PRÉNOM : ………………………………………………….** |

**Date et lieu de naissance ..…. /….. /…..** **H** 🞎  **F** 🞎

 Adresse**: …………………………………………………… ……………………………………………………………**

 **…………………………………………………… ……………………………………………………………**

🕿 Portable : ………………………………………………………… …………………………………………………………………..

**🖂** Email : …………………………………………………………………………………………………………………………………….

**PERSONNES À PRÉVENIR EN CAS D’URGENCE** :

NOM …………………………………………………………………. Prénom ……………………………..🕿 ………………………………………..

NOM …………………………………………………………………. Prénom ……………………………..🕿 ………………………………………...

NOM …………………………………………………………………. Prénom ……………………………..🕿 ………………………………………..

DOSSIER D’INSCRIPTION 2019/2020

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES**

|  |
| --- |
| **ASSURANCE / MUTUELLE** |
| N° de Sécurité Sociale d’affiliation : ……………………………………………………………………………………………… Centre de SS :……………………………………………… Régime : ………………………………………………………………..🞎 N° Allocataire CAF : …………………………. 🞎 N° MSA : ………………… 🞎 Autre : ………………………………… |
| Assurance (Nom et Adresse)  : ………………………………..................................................................……………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………N° Assurance : …………………..………………………………..….. | Mutuelle (Nom et Adresse) : …………………………………………………............................………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….N° de Contrat : ………………………………...………….. |

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS MEDICALES** |
| **Médecin traitant** : Nom : ………………….. Prénom : ……………….. Tél : ………………………………………………..Adresse :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| J’autorise les personnes responsables à faire pratiquer les soins d’urgence suivant les prescriptions du médecin de la structure, et m’engage à payer les frais éventuels médicaux et pharmaceutiques, d’hospitalisation et d’intervention chirurgicale. Autorisation d’intervention médicale : oui non  Lieu d’hospitalisation :………………………………………………………………………………………………………………….. |

|  |
| --- |
| **AUTRES INFORMATIONS** |
| Autorisation d’être filmé et photographié : oui non |

**PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER (photocopies uniquement)**

* A fournir ou refournir obligatoirement :
* certificat médical de moins de 3 mois de non contre-indication à la pratique d’activités sportives multisports
* une attestation natatoire (*ou attestation sur l’honneur*)
* une attestation d’assurance responsabilité civile

Je soussigné(e) Mlle-Mme-M. …………………………………………………………………………………………..

**certifie** l’exactitude des renseignements portés sur ce document et sur les pièces jointes,

**m’engage** à communiquer tout changement relatif à ces renseignements,

**atteste** avoir pris connaissance du règlement intérieur de l’activité municipale Adulte « Pass’sports Séniors ».

Signature : Le Pradet, le ………………………………….