NUMAR
91 rue du Vallon des Auffes 13007 Marseille
bonjour@numar.fr

FICHE INSCRIPTION ENFANT 2025 - 2026

Renseignements concernant l'Enfant

Nom : ……Prénom :……..

Date de naissance :……Garçon ☐ Fille ☐

École fréquentée : ……Classe :……..

Activité pratiquée 1 chez NUMAR : ……..

Jour & créneau horaire 1 : ..……...……

Activité pratiquée 2 chez NUMAR : ……..

Jour & créneau horaire 2 : ..……...……

Renseignements concernant la Famille

Parent(s) ou responsable(s) de l'enfant :

Nom : ……Prénom :……...

Tel. domicile : …… Tel. portable :……

Courriel : ……

Adresse : ……..…

……

Nom : ……Prénom :……...

Tel. domicile : …… Tel. portable :……

Courriel : ……

Adresse : ……..…

……

- Autres personnes à contacter ou autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom : ……Prénom :……...

Nom : ……Prénom :……...

- **Autorise mon enfant à partir seul** : OUI☐ NON☐

- Pour les enfants ayant une activité à 17h, 17h15 ou 17h30 le lundi, mardi, jeudi ou vendredi chez NUMAR, **ET** étant scolarisés à BENSA ou LA ROSEREAIE, souhaite et autorise mon enfant à être récupéré et amené à pied par l'une des personnes dédiées chez NUMAR : OUI☐ NON☐

NB : conditions et décharge à signer obligatoirement chez NUMAR

- **Autorise la diffusion de photos** concernant mon enfant sur le site Internet ou sur tous autres supports : OUI☐ NON☐

Renseignements médicaux concernant l'Enfant

- Dans le cadre des activités, en collectivité, l'enfant doit être à jour de ses vaccins obligatoires. En cochant cette case OBLIGATOIRE ☐ , j'atteste que mon enfant est à jour de ses vaccins obligatoires.

- Poids de l'enfant : ……...……...

- Votre enfant présente-t-il **des troubles de la santé** ? Si oui merci de préciser

……..……

- **Allergies alimentaires** : NON☐ OUI☐ Préciser à quoi :

……..……

- **Allergies médicamenteuses** : NON☐ OUI☐ Préciser à quoi :

……..……

- **Autres allergies** : NON☐ OUI☐ Préciser à quoi :

……..……

Asthme : NON☐ OUI☐ Épilepsie : NON☐ OUI☐

Diabète : NON☐ OUI☐ Autres : NON☐ OUI☐ Préciser :

……

- Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ? NON☐ OUI☐

- Le trouble de la santé implique-t-il une conduite particulière à suivre en cas d'urgence ? NON☐ OUI☐

- Autres difficultés de santé et précautions à prendre (suivi spécialisé, handicap moteur, troubles du comportement, antécédents d'accidents, d'opération…) :

NON☐ OUI☐

Si OUI à l'une des 3 questions ci-dessus, prendre contact avec le responsable de NUMAR pour évaluer la mise en place d'un éventuel PAI (projet d'accueil individualisé). Les modalités de mise en place de ce protocole seront à discuter avec le responsable.

- Recommandations utiles concernant l'enfant (l'enfant a-t-il un régime alimentaire particulier, porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ?....) :…….....

……..……

- Nom et téléphone du **médecin traitant** : ……..……..……

……..…

Je soussigné(e), ……..…….

responsable légal de l'enfant,

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. En cas de réponses inexactes portées au présent document, la SAS NUMAR décline toutes responsabilités, notamment des conséquences liées à ces inexactitudes.

- autorise NUMAR et ses intervenants, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical après consultation d'un médecin, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état du mineur.

- atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur, des conditions générales de vente, et en approuver les modalités.

A Marseille, le ……

Signature des parents ou du responsable, précédée de la mention « lu et approuvé »

(Cocher la case correspondante)

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées aux services administratifs de NUMAR. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la direction NUMAR.

RAPPEL DU REGLEMENT DU PRATIQUANT

- Fourniture d'une copie d'une assurance responsabilité civile ;
- Fourniture d'un certificat médical d'aptitude à la pratique de l'activité ;
- Pas de remboursement des inscriptions : l'inscription se fait à l'année, ou au trimestre. Passé un délai de 1 mois après le début des cours, aucun remboursement ne sera réalisé, même dans le cas d'un règlement en plusieurs fois ;
- Tenue sportive ou adaptée.