
SORTIE SKATEPARK PLEAUX

SAMEDI 4 JUILLET 2026 - RIDING SCHOOL SKATE & BMX



Prénom : Nom :

Date de naissance :

Adresse :

Commune : Code Postal :

Téléphone portable : /

Adresse mail :

Je soussigné , responsable légal,
certifie que est apte à la pratique sportive et l'autorise à
participer à la sortie au le samedi 4 juillet 2026 de 13h à 18h.

Blessures antérieures, problèmes de santé particulier, allergies... :

.....

.....

Signature du responsable légal :

- DOCUMENTS À FOURNIR (AVANT LE 04/07) -

- Fiche d'inscription complétée et signée
- Fiche d'autorisation de soins
- Photocopie de la carte vitale
- Photocopie de la mutuelle 2026
- Photocopie de la carte d'identité
- Attestation de droits à l'assurance maladie

- TARIF = 30€

Ce tarif comprend le transport aller - retour entre Aurillac et le skatepark de PLEAUX (15)

DÉPART À 13H DEPUIS L'ÉPICENTRE - RETOUR À 18H

- À PRÉVOIR -

- Prendre son casque et ses protections
- Une gourde

- INFOS & RÉSERVATIONS -

PIERRE MERCIER
pierre@sessionlibre.com
06 50 19 90 70

CADRE RÉSERVÉ À SESSION LIBRE

Réglé le

Signature :

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné (Nom, Prénom, Qualité) :

.....

Demeurant (adresse complète) :

.....

En cas d'accident de (Nom, Prénom du participant à la sortie) :

.....

adhérent de l'association **SESSION LIBRE**

Autorise par la présente :

- Tout examen ou intervention chirurgicale qui serait nécessaire.
- Le responsable de l'association Session Libre ou de la sortie :
 - À prendre toutes les mesures utiles et notamment à demander son admission en établissement de soins.
 - À reprendre l'enfant à sa sortie, uniquement en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur.

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Coordonnées de la personne à joindre en cas d'accident :

Nom :

Prénom :

Téléphone (portable et fixe si possible) :

Coordonnées du médecin traitant :

Nom et Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Date et signature du représentant légal :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt de du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, 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). Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
 Précisez :

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE :
 TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :
 TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :