

Enfant

Nom	Prénom	Sexe	DatNais
Adresse	CP	Ville	
Tél Dom.	Tél Portable	Tél Prof.	E-mail

Représentant 1

Nom	Prénom		
Adresse	CP Ville		
Tél Dom.	Tél Portable	Tél Prof.	E-mail

Représentant 2

Nom	Prénom		
Adresse	CP Ville		
Tél Dom.	Tél Portable	Tél Prof.	E-mail mère

Je soussigné : _____ père - mère - représentant légal
autorise mon enfant à participer aux activités proposées dans le cadre du "Pass...Sport
Montois".

Je l'autorise à venir et repartir seul aux activités réservées : oui - non

Date : _____ Signature :

Nom

Prénom

Stages multisports :

☐ Stage 1

Du lundi 6 juillet au vendredi 10 juillet

☐ Stage 2

Du lundi 3 août au vendredi 7 août

☐ Stage 3

Du lundi 10 août au jeudi 14 août

☐ Stage 4

Du lundi 17 août au vendredi 21 août

☐ Stage 5

Du lundi 24 août au vendredi 28 août

INFORMATION SUR L'ASSURANCE

Saison sportive 2025-2026

(application de l'article 38 de la loi du 16 juillet 1984)

Je soussigné :

(1) Pour les participants majeurs

Nom

Prénom

(2) Pour les participants mineurs

Nom du représentant légal

Prénom du représentant légal

Représentant légal de :

Nom de l'enfant

Prénom de l'enfant

participant à une activité sportive organisée par la Ville de Mont-de-Marsan au titre du « Pass'Sport » ou d'un tournoi « Sport pour Tous »,

1 – reconnais avoir pris connaissance que la Ville de Mont-de-Marsan a souscrit un contrat d'assurance qui couvre :

- sa responsabilité civile en tant qu'organisateur ;
- la responsabilité civile de ses préposés et des collaborateurs apportant leurs concours à l'organisation et à l'encadrement des activités ;
- la responsabilité civile des participants, lesquels sont considérés comme tiers entre eux, y compris les dommages corporels subis à l'occasion de la manifestation à la condition qu'ils ne soient pas commis volontairement.

2 – reconnais avoir été informé que l'assurance souscrite par la Ville de Mont-de-Marsan ne garantit pas :

- au titre des dommages matériels, les risques de vol ;
- les dommages corporels que je (le participant que je représente légalement) pourrais (pourrait) subir à l'occasion de ces activités ;

et qu'il m'appartient de souscrire personnellement, au besoin, un contrat d'assurance couvrant ces risques pour garanties et montants qui m'apparaissent nécessaires.

Fait à Mont-de-Marsan, le

Signature* précédée de la mention « lu et approuvé » :

* Signature du participant majeur ou du représentant légal



FORMULAIRE DE CESSION DE DROITS D'IMAGE ET DE REPRODUCTION

A retourner au service communication de la Ville et de l'Agglomération de Mont de Marsan

Madame, Mademoiselle, Monsieur :
Adresse :
Téléphone : Mail :

☐ autorise

☐ n'autorise pas

La Direction de la Communication de la ville et de l'agglomération de Mont de Marsan - 2 place du Général
Leclerc – 40000 Mont de Marsan

à me photographier/me filmer et à utiliser mon image et/ou celle de mon enfant mineur

Sur les supports de communication suivants :

- ☐ Journal m2m.ag de l'Agglomération et de la Ville de Mont de Marsan
- ☐ Plaquette de présentation de Mont de Marsan Agglo – Mont de Marsan ma ville
- ☐ Les sites Internet de Mont de Marsan Agglo et de la Ville de Mont de Marsan
- ☐ Réseaux sociaux : pages Facebook Mont de Marsan Agglo et Mont de Marsan ma ville, chaîne Youtube, Instagram Mont de Marsan Agglo et Mont de Marsan ma ville, Twitter Mont de Marsan Agglo et Mont de Marsan ma ville.

En conséquence de quoi, et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit du nom, j'autorise Mont de Marsan Agglo à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies / vidéos prises dans le cadre de la présente.

Le bénéficiaire de l'autorisation procédera à l'exploitation des photographies / vidéos sur les supports de communication définis ci-dessus. Il s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images susceptibles de porter atteinte à ma vie privée ou à ma réputation, ni d'utiliser les photographies / vidéos, objets de la présente autorisation, sur tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

En conséquence de quoi, je me reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que je ne suis lié par aucun contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Fait à

Le

« Lu et approuvé »

Signature

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

[illegible]

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

[illegible]

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

[illegible]

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.*

Date : _____ Signature : _____

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

[illegible]