

## PART 1

Je soussigné(e) .....

souhaite inscrire mon enfant : Nom : .....



Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Âge : .....

À .....

Votre adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

## PART 2

### 1. CHOIX DE LA SÉANCE

**TOUSSAINT**  
22 au 26 Octobre ☐

**FÉVRIER**  
11 au 15 Février ☐  
18 au 22 Février ☐

### 2. RESTRICTIONS ALIMENTAIRES ALLERGIES CONTRE INDICATIONS

OUI ☐ NON ☐

Préciser : .....

### 3. TARIFS

• 5 jours avec repas : **299€** ☐

• 5 jours sans repas : **269€** ☐

Tenue : maillot - short - chaussettes

Taille (âge, pointure)

Sans Pack OM ni tenue

• 5 jours avec repas : **249€** ☐

• 5 jours sans repas : **219€** ☐

### 4. RÈGLEMENT

Espèces ☐

Chèque ☐

à joindre au dossier pour validation

06 83 64 02 96

www.omludicamp.com

Suivez-nous sur notre page OMLudiqCamp



Signature précédée de la mention  
" Lu et approuvé "

\* Je m'engage à respecter le règlement intérieur mis à ma disposition au club.

\* Dates : sous réserve de disponibilités : contacter directement le centre.

\* Prix : sous réserve de modifications : contacter directement le centre.

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

☐

Père

☐

Mère

☐

Tuteur

Agissant en qualité de représentant légal de l'enfant mineur :

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : .....

Autorise mon enfant à pratiquer les activités organisées dans le cadre de .....

En cas d'urgence, d'accident grave ou tout autre cas grave :

- Autorise la Direction du centre à prendre après consultation d'un médecin, toute mesure nécessaire à l'hospitalisation de mon enfant.
- Autorise le transport de mon enfant par les services de secours d'urgence , ou, le cas échéant, par un véhicule du centre.
- Autorise le praticien à pratiquer tout examen médical ou chirurgical nécessaire à l'établissement du diagnostic, et toute intervention médicale ou chirurgicale y compris avec phase anesthésie/réanimation que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.
- Autorise à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre des activités et des cours de l'école de foot.
- Autorise le centre à poster des photos de mon enfant sur la page Facebook ainsi que le site internet OM Ludiq Camp : OUI ☐ NON ☐

Fait à .....

Le .....

À nous retourner accompagné d'un certificat médical de moins d'un mois !

Signature précédée de la mention  
" Lu et approuvé "

# A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

( PERSONNES JOIGNABLES RAPIDEMENT EN CAS D'URGENCE )

Merci de fournir les coordonnées de deux contacts :

1.

Nom : ..... Prénom : .....

Tél (domicile) : .....

Tél (travail) : .....

Portable : .....

Email : .....

2.

Nom : ..... Prénom : .....

Tél (domicile) : .....

Tél (travail) : .....

Portable : .....

Email : .....

Si une autre personne est habilitée à venir chercher l'enfant à la sortie de l'école (grand père, amis...), merci de nous préciser ses coordonnées :

3.

Nom : ..... Prénom : .....

Tél (domicile) : .....

Tél (travail) : .....

Portable : .....

Email : .....