

**PASS-DECOUVERTE**  
du 16 au 20 septembre inclus

**Ce PASS-DECOUVERTE est nominatif.  
Il permet au mineur  
d'accéder et de découvrir une activité**

**Cocher 1 case par PASS-DECOUVERTE**

	Accro gym CP au CM2	<b>Mercredi 18</b> 10h15/11h15
	Badminton Ados + 13 ans	<b>Mardi 17</b> 19h15/21h15
	Basket GS, CP, CE1 et CE2	<b>Mardi 17</b> 17h /18h
	Basket CM1, CM2, 6ème	<b>Mardi 17</b> 18h/19h15
	Basket 5ème, 4ème, 3ème	<b>Mercredi 18</b> 18h/19h30
	Basket lycée	<b>Jeudi 19</b> 19h30/21h30
	Conversation anglaise	<b>Jeudi 19</b> 17h30/19h
	Danse CE1 au CM2	<b>Mardi 17</b> 16h45/17h45
	Danse collègue	<b>Mardi 17</b> 17h45/18h45
	Gym pitchoune MS au CP	<b>Mercredi 18</b> 9h30/10h15
	Karaté +7ans/13 ans	<b>Lundi 16</b> 18h45/19h45
		<b>Jeudi 19</b> 18h30/19h30
	Karaté Enfants +14 ans	<b>Lundi 16</b> 19h45/21h15
		<b>Jeudi 19</b> 19h30/21h
	Self-Défense +15 ans	<b>Mercredi 18</b> 18h30/20h30
	Sports + (Primaire Soulac)	<b>Jeudi 19</b> 16h30/18h
	Théâtre CP au CM2 débutant	<b>Mardi 17</b> 17h30/18h30
	Théâtre CP au CM1 confirmé +collège	<b>Mercredi 18</b> 18h30/19h30
	Théâtre lycée	<b>Mardi 17</b> 18h30/19h30

CMCS  
5 rue RP Brottier - 33780 Soulac  
05 56 09 82 99

**Recto/verso** 

**AUTORISATION PARENTALE  
ET RENSEIGNEMENTS**

Je soussigné Responsable légal : Nom et Prénom :

.....  
de l'enfant: Nom et Prénom:

.....

Port mère : .....

Port père : .....

Autorise mon enfant à participer aux activités proposées par le CMCS de Soulac-sur-Mer GRATUITEMENT du lundi 16 au vendredi 20 septembre 2024 inclus.

Certifie que mon enfant ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive,

Atteste sur l'honneur que mon enfant est couvert par une responsabilité civile,

Autorise les animateurs du CMCS de Soulac-sur-Mer à prendre le cas échéant toutes mesures (appel des secours, médecin..) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

J'autorise le CMCS à prendre et utilise des photos de mon enfant pour la presse ou les médias communaux .

**Pour les enfants mineurs , ils restent sous l'entière responsabilité des parents jusqu'à l'entrée de l'animation et l'accueil fait par le ou les animateurs.**

ALLERGIES :

Asthme                     Médicamenteuses

Alimentaires             Autres

Précisez.....

ADRESSE :

.....

.....

J'autorise mon enfant à partir seul après l'activité

oui                     non

Fait à .....Le.....2024

Signature du responsable légal :

