

# INSCRIPTIONS – STAGES D'ETE 2025

Places limitées

## Informations pratiques :

- Inscription à la semaine uniquement, dans l'ordre d'arrivée.
- Règlement à l'inscription par chèque à l'ordre du Trésor Public.
- Toute absence sera facturée, sauf envoi d'un certificat médical sous 48H.
- Stages ouverts uniquement aux enfants habitant la commune.
- Pour les collégiens et les enfants non scolarisés à Marcilly, merci de compléter la fiche de renseignements + fournir l'assurance de l'année en cours.
- Rendez-vous sur place pour chaque activité, **transport à la charge des familles.**
- **Prévoir une tenue et des chaussures adaptées** pour chaque activité.

**Date limite d'inscription : 15 juin 2025**  
**(A déposer à la mairie)**

NOM :

PRENOM :

AGE :

Autorisé(e) à partir seul(e) de l'activité :

OUI

NON

Equitation

Golf

Domaine du Ciran

NOM :

PRENOM :

AGE :

Autorisé(e) à partir seul(e) de l'activité :

OUI

NON

Equitation

Golf

Domaine du Ciran

NOM :

PRENOM :

AGE :

Autorisé(e) à partir seul(e) de l'activité :

OUI

NON

Equitation

Golf

Domaine du Ciran

**Date et signatures des responsables**



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....  
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

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 : .....

.....

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

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

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

CONTACTS ET RENSEIGNEMENTS



02 38 76 16 89

06 07 97 93 94

[alshmarcilly@orange.fr](mailto:alshmarcilly@orange.fr)

MAIRIE DE MARCILLY-EN-VILLETTE

02 38 76 10 19

---

**CENTRE EQUESTRE**

Route de Vienne-en-Val  
Marcilly-en-Villette

**GOLF**

Route d'Orléans  
Marcilly-en-Villette

**DOMAINE DU CIRAN**

Route de Marcilly  
Ménestreau-en-Villette