

COURS BASKET- BALL

QUAND?

Les samedis
11:00 am - 2:00 pm

DÉBUT DES COURS

Samedi 6 septembre 2025

OÙ?

Ici, à l'École Aux Alizés

Rue Stephen, Impasse Lily No. 2, Musseau, Delmas 60.

RÉSERVE VITE TA PLACE !!!!



TOUS LES ÂGES

COÛT

US\$ 80.00 / mois

Payables au taux du jour

**Nombre de places
Limité**

FRAIS ANNUELS

US\$ 100.00 (nouveaux)

Payables au taux du jour

Inclus :

- Chasuble Dreamers
- Une paire de genouillères
- Frais activités sportives annuelles

US\$ 50.00 (anciens)

MATÉRIEL À ACHETER:

1 petit sac

1 thermos

1 ballon de basketball

BIENFAITS

#activitésocio-
récréative

#jeunesathlètes

#santé#vitalité#valeurs
civiques#jeud'équipe

COURS BASKETBALL

École : _____

Classe : _____

Réf : _____

AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

Je soussigné Mme / Mr

.....
.....

Responsable légal de mon fils / ma
fille

.....
.....

Autorise DREAMERS:

- à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de son activité « Basket ».
- à diffuser son image sur les réseaux sociaux au besoin.

Je reconnais que Dreamers Ecole de Sport ne prend pas en charge l'assurance.

Je m'engage à accompagner mon enfant mineur dans le cas où il y a un championnat de basketball dans une autre école.

Je m'engage à payer les frais fixés pour l'année académique 2025-2026.

Signature du parent

Date : _____

Information du participant

Prénom: _____ Nom: _____

Sexe: ☐ M ☐ F Date de naissance : ____/____/____

Adresse: _____

Personne(2) à contacter

Lien de parenté: _____

Prénom: _____ Nom: _____

Téléphone : _____

Courriel: _____

Lien de parenté: _____

Prénom: _____ Nom: _____

Téléphone : _____

Courriel: _____

Particularités du participant:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergies / Spécifier: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hypoglycémie | |
| <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Myopathie | <input type="checkbox"/> Trouble du langage |
| <input type="checkbox"/> Problème de comportement | <input type="checkbox"/> TDA |
| <input type="checkbox"/> Problème respiratoire | <input type="checkbox"/> TDAH |
| <input type="checkbox"/> Syndrome de Gilles de la Tourette | <input type="checkbox"/> Obésité |
| <input type="checkbox"/> Restrictions physiques / lesquelles _____ | |
- _____