

# COURS VOLLEYBALL

## QUAND?

Les samedis  
8:00 am - 11:00 am

## 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)

- Frais activités sportives annuelles

## MATÉRIEL À ACHETER:

1 petit sac

1 thermos

1 ballon de volleyball

## BIENFAITS

#activitésocio-  
récréative

#jeunesathlètes

#santé#vitalité#valeurs  
civiques#jeud'équipe

# COURS VOLLEYBALL

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

École : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Réf : \_\_\_\_\_

## AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

Je soussigné

Responsable légal de mon fils / ma fille

Autorise DREAMERS :

- à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre de son activité « Volley ».
- 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 volleyball dans une autre école.

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

Signature du parent

Date : \_\_\_\_\_