**Animation Sportive**

17 Avenue ESPELETA

33400 TALENCE

🕿 05.56.84.64.51

animation-sportive@talence.fr **ECRIRE EN MAJUSCULES SVP**

 **FICHE D'INSCRIPTION**

**ECOLE MULTISPORTS 2024 / 2025**

**CF**:

**Nom de l’enfant** **:**       **Prénom :**

**Sexe :** [ ]  Fille [ ]  Garçon **Date de naissance** **:**Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Responsable légal 1 :** **Responsable légal 2 :**

Nom :       Nom :

Prénom :        Prénom :

Adresse :       Adresse :

Ville :       CP :       Ville :       CP :

Tél Portable :        Tél Portable :

Tél Travail :       Tél Travail :

Courriel :       @      Courriel :       @

**RAMASSAGE BUS ET GARDERIE**

Les arrêts de bus ne pourront pas être changés en cours d’année

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LIEUX** | **ALLER** |  **Cocher la case correspondante**  | **RETOUR** | **Cocher la case correspondante** |
| *Centre Technique Municipal**(73 rue Roustaing)* | 13H00 | [ ]  | 17H30 | [ ]  |
| *PARKING LABRO**(Cours Gambetta – Rue Victor Hugo)* | 13H05 | [ ]  | 17H20 | [ ]  |
| *MAIRIE (Place du 8 Mai)* | 13H15 | [ ]  | 17H15 | [ ]  |
| *PARKING LECLERC* | 13H20 | [ ]  | 17H05 | [ ]  |

**Si votre enfant est inscrit le matin au centre de loisirs suivant :**

cocher la case correspondante

Les potes de curie [ ]

Les potes de Lasserre [ ]

Centre Ludiloisirs [ ]

**HORAIRES D’ACCUEIL DE L’ECOLE MULTISPORTS**

**13H30 – 17H00**

**HORAIRES DE LA GARDERIE**

**RAPPEL**

**Merci de respecter les horaires d’accueil de la garderie aux arrivées et aux départs.**

Merci de bien vouloir cocher les cases

|  |
| --- |
| **Ecole MULTISPORTS GAMMA**  |
| *De 13h00 à 13h30* | *[ ]*  | *De 17h00 à 18h00* | *[ ]*  |

**AUTORISATION PARENTALE**

**J’autorise mon fils / ma fille :**

* à partir du l’Ecole multisports accompagné d’un animateur jusqu’à l’arrêt de bus :
	+ - * [ ]  **OUI** [ ]  **NON**
* à partir seul (e) depuis l'Ecole multisports :
* [ ]  **OUI** [ ]  **NON**
* à partir seul (e) à la descente du bus :
* [ ]  **OUI** [ ]  **NON**

**J'autorise** Le Directeur de l’Ecole multisports à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident :

* [ ]  **OUI** [ ]  **NON**

**J’autorise** la ville de Talence à utiliser mes données personnelles afin de me communiquer des informations relatives à l’école Multisports:

* [ ]  **OUI** [ ]  **NON**

**Personnes susceptibles de venir chercher l'enfant en cas d'empêchement du ou des responsables légaux :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM – PRENOM** | **LIEN AVEC L'ENFANT** | **TELEPHONE** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

**DROIT A L'IMAGE**

**J’accepte** que les photos et vidéos sur lesquelles mon enfant apparait dans le cadre de l’école multisport puissent être utilisées par la ville de Talence à des fins d’information ou de communication, pour tous supports connus ou à connaitre :

[ ]  **OUI** [ ]  **NON**

**FICHE SANITAIRE**

**Cette fiche permet de recueillir les informations sur la santé de votre enfant.**

**Consultable par le Directeur des Vacances Sportives et par les animateurs qui l’encadrent, elle sera présentée aux services de secours en cas d’accident durant les activités.**

**VACCINATIONS** (joindre la photocopie du carnet de santé)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VACCINS OBLIGATOIRES** | **OUI** | **NON** | **Date du dernier rappel** | **VACCINS RECOMMANDES** | **Date du dernier rappel** |
| **DT Polio coqueluche**(Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite) | [ ]  | [ ]  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Hépatite B | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Rubéole-Oreillons-Rougeole | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | BCG | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Autres (préciser) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
|  |  |  |  |  |  |

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

L’enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ? [ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, joindre l’ordonnance ou le protocole d’accueil individualisé (PAI) et les médicaments correspondants

(dans les boites d’origine, avec la notice et marqués au nom de l’enfant)

**ATTENTION : aucun médicament ne pourra être administré sans ces documents**.

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBÉOLE**[ ]  Oui [ ]  Non  | **VARICELLE**[ ]  Oui [ ]  Non  | **ANGINE**[ ]  Oui [ ]  Non  | **RHUMATISME****ARTICULAIRE AIGU**[ ]  Oui [ ]  Non  | **SCARLATINE**[ ]  Oui [ ]  Non  |
| **COQUELUCHE**[ ]  Oui [ ]  Non  | **OTITE**[ ]  Oui [ ]  Non  | **ROUGEOLE**[ ]  Oui [ ]  Non  | **OREILLONS**[ ]  Oui [ ]  Non |

**ALLERGIES**

Asthme : [ ]  Oui [ ]  Non Médicamenteuses : [ ]  Oui [ ]  Non

Alimentaires : [ ]  Oui [ ]  Non Si oui, Lesquels :

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

Indiquez si votre enfant rencontre des **difficultés de santé** particulières (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) et **les précautions à prendre**:

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires... ? Précisez

**TARIFS APPLICABLES : ECOLE MULTISPORTS 2024 -2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENFANTS**  | **TARIF ANNUEL** |
| QF de 0 à 200 | 102,50€ |
| QF de 200 à 500 | 102,50€ |
| QF de 500 à 2 000 | De 102,50 € à 202,10 €  Tarif = 0.0664 x QF + 69.3 |
| QF de 2 000 à 3 000 | De 202.100 € à 268,50 €  Tarif = 0,0664 x QF + 69.3 |
| QF supérieur à 3 000 | 268,50 € |

**Après le calcul de votre tarif en fonction des détails ci-dessus, merci de bien vouloir cocher les modalités de paiement : 1 fois ou 3 fois.**

**A défaut de réponse, nous appliquerons automatiquement le paiement en une seule fois.**

**[ ]  En 1 fois :  31/10/2024** **[ ]  En 3 fois** : 31/10/2024 ; 30/11/2024 ; 31/12/2024

**PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR**

**Tout dossier incomplet ne sera pas traité**

[ ]  **Le dossier d’inscription complété en lettres Majuscules.** (daté et signé)

 [ ]   **Photocopie de pages de vaccination du carnet de Santé.**

**[ ]  Assurance Responsabilité Civile.**

 [ ] **Attestation d’Assuré Social.**

 [ ]  **Attestation CAF avec votre quotient familial ou votre avis d’imposition**

[ ] **Attestation de prise de connaissance du Règlement Intérieur**. (Uniquement le coupon de retour daté et signé)

Je soussigné(e),       responsable légal de l’enfant       , déclare exacts tous les renseignements portés sur ce dossier d’inscription.

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Cadre réservé à l'administration**

**Reçu le :**

Inscrit : Oui Non

Lu et Approuvé Responsable légal

(Mention à recopier)

      **Signature**