**DOSSIER D’INSCRIPTION**

# PHOTO

Facultatif

**VACANCES SPORTIVES**

**PRINTEMPS 2025**

DE 8 A 16 ANS

  **ECRIRE EN MAJUSCULES S.V.P**

**Nom de l’enfant** **:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance** **:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. **Age :** Choisissez un élément.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Semaine** | **VACANCES SPORTIVES PRINTEMPS 2025** | INSCRIPTION*(cocher les cases correspondantes)* |
| **01** | *Du mardi 22 au vendredi 25 avril – 4 jours* ***Multi-Activités Sportives à Talence*** *Places limitées : 24 Enfants* | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **02** | *Du lundi 28 avril au vendredi 02 mai - 4 jours****Multi- activités Sportives à Talence****Places limitées : 24 Enfants* | [ ]  Oui [ ]  Non |

**Régime Alimentaire Particulier :** [ ]  Oui [ ]  Non

**Sécurité Sociale :** Régime Général [ ]  Régime Particulier [ ]  Préciser : …

**N° Allocataire CAF** :00

**Responsable légal 1 :**

Nom : … Prénom : …

Adresse : …

Code Postal : … Ville : …

Tél Portable : … Tél Domicile : 00

Courriel :… Tél Travail : 00

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Responsable légal 2 :**

Nom : … Prénom : …

Adresse : …

Code Postal :  … Ville : …

Tél Portable : 00 Tél Domicile : 00

Courriel :… Tél Travail :00

Date de naissance : …

Tournez S.V.P

**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 du texte. | 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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**RAMASSAGE NAVETTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARRET N°** | **LIEUX** | **ALLER** | **RETOUR** |
| **1** | CTM | 8H30 | 17H25 |
| **2** | PARKING LABRO(Rue de la Liberté) | 8H35 | 17H20 |
| **3** | MAIRIE (Place du 8 Mai) | 8H45 | 17H10 |
| **4** | PARKING LECLERC | 8H50 | 17H05 |

Cocher le N° d’arrêt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Semaine*** | ***Arrêt de bus : Matin*** | ***Arrêt de bus : Soir*** |
| **01** | [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4  | [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4  |
| **02** | [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4  | [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4  |

**GARDERIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Semaine*** | ***Matin (de 8h30 à 9h00)*** | ***Soir (de 17h00 à 18h00)*** |
| **01** | [ ]  Oui [ ]  Non | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **02** | [ ]  Oui [ ]  Non | [ ]  Oui [ ]  Non |

**AUTORISATIONS PARENTALES**

**J’autorise** la ville de Talence à utiliser mes données personnelles afin de me communiquer des informations relatives aux vacances sportives:

[ ]  **Oui** [ ]  **Non**

**J’autorise** le directeur des Vacances Sportives à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d’accident :

 [ ]  **Oui** [ ]  **Non**

**J’autorise** mon fils / ma fille :

* à partir seul (e) depuis l'Ecole GAMMA [ ]  **Oui** [ ]  **Non**
* à partir seul (e) à la descente du bus [ ]  **Oui** [ ]  **Non**

**Autres personnes autorisées à venir chercher l’enfant :**

Nom Prénom :… Tél portable : 00

Nom Prénom  … Tél portable : 00

Nom Prénom : … Tél portable : 00

**DROIT à L’IMAGE**

Acceptez-vous que les photos de votre enfant soient utilisées pour différentes publications ? [ ]  **Oui** [ ]  **Non**

**TARIFS PAR JOUR APPLICABLES**

|  |  |
| --- | --- |
| **ENFANTS TALENCAIS ET NON TALENCAIS** | **Du mardi 22 au vendredi 25 avril et du lundi 28 avril au vendredi 02 mai 2025 SEMAINE à TALENCE** |
| QF de 0 à 200 | 15,50 € |
| QF de 200 à 500 | 15,50 € |
| QF de 500 à 2 000 | De 15,50 € à 28,40 € Tarif = 0,0086 x QF + 11,2 |
| QF de 2 000 à 3 000 | De 28,40 € à 37,00 € Tarif = 0,0086 x QF + 11,2 |
| QF supérieur à 3 000 | 37,00€ |

**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 :**30/04/2025[ ]  **En 3 fois** : 30/04/2025, 31/05/2025, 30/06/2025

**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.

 [ ]  Si votre enfant a un Projet d’Accueil Individualisé (PAI). (merci de fournir le protocole d’accueil)

[ ]  Assurance Responsabilité Civile.

[ ]  Attestation d’Assuré Social.

[ ] Le Pass’ Nautique ou attestation d’aptitude à la pratique aux activités nautiques. Le test est réalisé par un maître-nageur habilité.

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

[ ]  Être à jour du quotient familial CAF demandé par le service Education Enfance, à défaut fournir l’attestation CAF ou votre avis d’imposition.

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

**Cadre réservé à l'administration**

**Reçu le :00/00/2025**

Inscrit :

Date : 00

Lu et Approuvé Responsable légal

( Mention à recopier)

**Signature ..** [ ]  **Oui** [ ]  **Non**

…