

ÉCOLE MULTI-ACTIVITÉS

Ville de Biganos



Durant toute l'année scolaire,
des **activités sportives, culturelles et artistiques**
destinées aux enfants **du CP au CM2**.

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS :

Service Sport, Animation et Vie associative

05 57 70 17 54 - 06 73 27 22 95

educateur@villedebiganos.fr



Fiche d'inscription

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : Classe :

Adresse :

Ville : Code postal :

Ressortissant du régime : général | maritime | EDF

Autres : *(rayez les mentions inutiles)*

CONTACT

PÈRE : Fixe..... Port.....

Courriel :

MÈRE : Fixe..... Port.....

Courriel :

CULTURE <i>(tous les vendredis)</i>	Pêche	Danse Aérobie	Chant	Couture	Découverte du Bassin
---	-------	---------------	-------	---------	-------------------------

SPORT <i>(voir descriptif des packs)</i>	Pack 1 (lundi)	Pack 2 (mardi)	Pack 3 (jeudi)
--	-------------------	-------------------	-------------------

*Cochez la/les case(s)
correspondante(s)*

Autorisation parentale

Si une tierce personne peut raccompagner votre enfant, veuillez nous l'indiquer en remplissant les lignes suivantes :

M./Mme : Tél :

Fait à Biganos,
Le

Signature du responsable légal

Pièces à fournir pour l'inscription

- > Dernière déclaration de revenus ou quotient familial CAF
- > Attestation de responsabilité civile (assurance extrascolaire)
- > Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive
- > Test d'aisance aquatique pour le canoë-kayak



Attestation parentale

Je soussigné(e)
représentant légal de l'enfant

> autorise les éducateurs du service Sport, Animation et Vie Associative ainsi que ceux de l'Union Jeunesse Boïenne à transporter en mini-bus mon enfant du groupe scolaire aux sites sportifs et culturels de l'École Multi-Activités **OUI / NON**

> atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'École Multi-Activités organisée par la Mairie de Biganos et m'engage à le respecter.

> autorise la diffusion des photos de mon enfant sur les supports de communication de la Ville **OUI / NON** et dans la presse **OUI / NON** (*rayez les mentions inutiles*).

> souhaite recevoir l'actualité municipale par courriel **OUI / NON**

Fait à Biganos,
Le

Signature



Cochez la case
correspondante

Tarifs

	Tranches	Tarif à l'année pour un pack	Tarif pour un cycle d'activité
1	QF > 500 €	31 €	6,20 €
2	501 < QF > 650	34 €	6,80 €
3	651 < QF < 850	36 €	7,20 €
4	851 < QF < 1 125	39 €	7.80 €
5	1 126 < QF < 1 600	41 €	8,20 €
6	QF > 1 601 €	44 €	8,80 €
Communes extérieures		100 €	20 €

Règlement par espèces ou par chèque à l'ordre du Trésor Public

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des activités pré-citées. Les destinataires des données sont les agents municipaux habilités de la Ville de Biganos. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant au service Communication de la mairie de Biganos aux coordonnées suivantes : 05 56 03 94 50 - communication@villedebiganos.fr



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RASSEMBLER DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES PREMIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Varicelle	
Poliomyélite				Couquelelle	
Cou OT polio				Autres (préciser)	
Cou tétracocq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui indiquer une ordonnance récente et les médicaments correspondant (indiquer les médicaments dans leur
emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec le mot-clef)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

MALADIE	VARICELLE	ANORIE	RHUMATISME ARTICULAIRE (AR)	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELLOUE	OTITE	ROUGEOLE	OBLÉTIENS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME

ALIMENTAIRES

oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES : oui ☐ non ☐
AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CLAIRS :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HÔPITALISATION, OPÉRATION,
RÉHABILITATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOIR L'ENFANT PORTER-IL DES LENTILLES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC.,
PRÉCISER :

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE PENDANT LE SÉJOUR :

TÉL. FIXE ET PORTABLE, DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT EN VOYAGE :

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare
certifier les renseignements joints sur cette fiche et assurer la responsabilité du séjour à l'enfant, le cas échéant,
après avis médical (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendus nécessaires par l'état de
l'enfant.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

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

OBSERVATIONS