

# ÉVEIL SPORTIF

Ville de Biganos



Durant toute l'année scolaire,  
des **activités sportives** destinées aux enfants de petites à grandes sections.

DÉBUT DES INSCRIPTIONS LE 02 SEPTEMBRE

**RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS :**

*Service Sport, Animation et Vie associative*

05 57 70 17 54 - 06 73 27 22 95

[educateur@villedebiganos.fr](mailto:educateur@villedebiganos.fr)

[www.villedebiganos.fr](http://www.villedebiganos.fr)

[Ville-de-Biganos](https://www.facebook.com/Ville-de-Biganos)

**Gironde**  
LE DÉPARTEMENT



**BIGANOS** IIBA  
Porte du bassin

# 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 : .....

## 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
- > Certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive

MERCI DE NOUS TRANSMETTRE LE DOSSIER COMPLET POUR VALIDER L'INSCRIPTION

# Attestation parentale

Je soussigné(e) .....  
représentant légal de l'enfant .....

> atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'éveil sportif organisé 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

## Tarifs

	TRANCHES	TARIFS À L'ANNÉE	Cochez la case correspondante
1	QF < 500 €	41 €	
2	501 € < QF < 650	43 €	
3	651 < QF < 850	45 €	
4	851 < QF < 1 125	47 €	
5	1 126 < QF < 1 600	49 €	
6	QF < 1 601 €	51 €	
COMMUNES EXTÉRIEURES		70 €	

*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 RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; BLA 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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rougeole-Ongleite-Rougeole	
Polioomyélite				Coprotecteur	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Trivalent					
BCC					

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 - BENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments consommés (feuille de médicaments dans leur emballage d'origine accompagné au nom du Patient avec le médecin)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHINITE/ALLERGIE ANTHROUAXE/ACRO	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	ORBITES	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME

oui  non

MÉDICAMENTS/TELS

oui  non

ALIMENTAIRES

oui  non

AUTRES.....

oui  non

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si auto-administration la signaler)

**INDIQUER CLAIRES :**  
LES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ (MADRID, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HÉMIPARALYSE, ORIENTATION, RÉDUCTION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE

## 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOIRE ENFANT PORTE-TIL DES LUNETTES, DES LUNETTES, 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 TEL DU MÉDECIN TRAVANT ENJOUBER.....

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et assumés la responsabilité du séjour à partir de ce début, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :..... Signature :.....

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

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

OBSERVATIONS