

2021 / 2022

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 Vie Citoyenne, Vie Sportive, Vie Associative

05 57 70 17 54 - 06 73 27 22 95

educateur@villedebiganos.fr

DÉBUT DES INSCRIPTIONS : LUNDI 6 SEPTEMBRE 2021



Fiche d'inscription

NOM : PRÉNOM :

Date de naissance : Age :

Classe : Groupe scolaire :

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	Théâtre	Rencontres multi-culturelles	Couture	Découverte du Bassin
---	-------	---------	---------------------------------	---------	-------------------------

SPORT <i>(voir descriptif des packs)</i>	Pack 1 (lundi)	Pack 2 (mardi)	Pack 3 (jeudi)	<i>Cochez la/les case(s) correspondante(s)</i>

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 sportifs municipaux 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**

> 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(s)



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 RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
 IL LE FAUT 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-Scarlatine	
Polioomyélite				Couqueuse	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tricava					
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 - 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 de votre pharmacien) *ou* nom du médecin traitant.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBROLE	VARICELLE	ANGINE	RHINITE/ALLERGIE/ASTHME/BRONCHITE/ACID	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"/>
OPHTHALMITE	OTITE	ROUGEOLE	OBLIGÉS	
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/ELLES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES :

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si auto-administration le 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-IL 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 TÉL. DU MÉDECIN TRAVANT ENJOUBER :

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare
 exactes les renseignements fournis sur cette fiche et accepte la responsabilité de l'enfant à partir de ce jour, en cas de décès,
 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