



Stage proposé aux 10-16 ans
Du lundi 14 au vendredi 18 février 2022
Inscriptions à partir du 29 janvier

Le dossier doit être complet pour l'inscription

Équitation

Badminton

Service Vie citoyenne, sportive et associative
Ouverture exceptionnelle de 10h à 12h pour les inscriptions
10 rue Georges Clémenceau - BIGANOS
05 57 70 17 54 - 06 73 27 22 95
educateur@villedebiganos.fr

Fiche d'inscription

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville : Code postal :

Numéro allocataire CAF :

CONTACT

Père : Fixe..... Port.....

Adresse mail :

Mère : Fixe..... Port.....

Adresse mail :

Autorisation parentale

Je soussigné(e)

représentant légal de l'enfant

> autorise les éducateurs sportifs à transporter en mini-bus mon enfant

OUI / NON (*rayez la mention inutile*).

> 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*).

les mentions inutiles).

Personne pouvant venir chercher votre enfant :

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 (multisports)

Attestation parentale

Je soussigné(e)
représentant légal de l'enfant

> atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de «Sports Vacances» organisé par la Ville de Biganos et m'engage à le respecter.

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

Fait à Biganos,
Le

Signature

Tarifs

Cochez la case correspondante

	Tranches	Tarifs à la semaine
1	QF < 500	40 €
2	501 à 650	42 €
3	651 à 850	44 €
4	851 à 1 125	46 €
5	1 126 à 1 600	48 €
6	QF > 1 601	50 €
Communes extérieures		60 €

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	
Poliomyélite				Coprotecteur	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Trivalent					
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 - BENESEIGNEMENTS 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 DES UN DES MALADIES SUIVANTES ?

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

TEL. FIXE ET PORTABLE, DOMICILE :..... BUREAU :.....

NOM ET TEL. DU MÉDECIN TRAVANT ENJOUBER.....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exactes les renseignements portés sur cette fiche et assumés la responsabilité du séjour à partir, le cas échéant, de soins médicaux (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendus nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

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

OBSERVATIONS

.....