# **ÉCOLE MULTI-ACTIVITÉS**

Ville de Biganos



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

DÉBUT DES INSCRIPTIONS : SAMEDI 10 SEPTEMBRE 2022 DE 10H À 12H

#### RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS:

Service Vie Citoyenne, Associative et Sportive, 10 rue Georges Clémenceau - Biganos 05 57 70 17 54 - 06 73 27 22 95 educateur@villedebiganos.fr









# Fiche d'inscription

NOM:		••	PRÉNO	M :	• • • • • • •	• • • • • • • • • • • •
Date de naissance :	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •	••	Age:	• • • • • • • • • •	• • • • • • • •	•••••
Classe:Gro Adresse:Ville:Ressortissant du régin Autres:	ne : génér	 al	Code po	ostal:. ne   EDF		
CONTACT PÈRE: Fixe	• • • • • • • • • • • • •	• • • • •	• • • • • • • • •	• • • • • • • • •	• • • • • • • •	
<b>MÉRE :</b> Fixe						•••••
CULTURE (tous les vendredis)	he Déco N	loël	Renco multi-cul		Home déco	Découverte du Bassin
SPORT (voir descriptif des packs)	Pack 1 (lundi)	l .	Pack 2 mardi)	Pack 3 (jeudi)		ez la/les case(s) respondante(s)
		Αι	ıtoris	atior	n par	entale
Si une tierce personne l'indiquer en rempliss	•				nfant, v	veuillez nous
M./Mme:	• • • • • • • • • •	• • • • •	Tél :	• • • • • • • • •	• • • • • • • •	• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •
Fait à Big Le		•	Sign	ature du i	responsab	le 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)	
eprésentant légal de l'enfant	

- > autorise les éducateurs sportifs municipaux ainsi que ceux du service jeunesse 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 mail OUI / NON

Fait à Biganos,	
Le	Signature(s)

**Tranches** 

Communes extérieures



### **Tarifs**

Tarif pour

un cycle d'activité

20 €

Tarif à l'année

pour un pack

100 €

n case ndante	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 €
Ī	6	QF > 1 601 €	44 €	8,80 €

Cochez la case correspondant

### 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 destintaires 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'accés 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 :

Vaccinations obligatoires :

vaccinations obligatoires .		
	Date de vaccination ou dernier rappel	Contre-indication (joindre une attestation du médecin)
Diphtérie		
Poliomyélite		
Tétanos		
Depuis la loi du 30 décembre	2017, tous les enfants nés à compt	ter du 1 <sup>er</sup> janvier 2018 doivent
aussi se soum	nettre aux 8 nouvelles vaccinations	obligatoires
L'Haemophilus influenzae B		
La coqueluche		
L'hépatite B		
la rougeole		
Les oreillons		
La rubéole		
Le méningocoque C		
Le pneumocoque		

* Renseignements médicaux concernant l'enfant : Indiquez ici les antécédents médicaux ou chirurgicaux (maladies, accidents crise convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales). Mentionnez les précautions à prendre en conséquence.
❖ L'enfant fait-il l'objet d'une allergie :       Oui □ Non □         Si oui ?       Quelle allergie : médicamenteuse □ alimentaire □         Cause de l'allergie
Actuellement, l'enfant suit-il un traitement : Oui  Non  Si oui, lequel ?
L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ?         Oui □         Non □           Si oui, le communiquer au directeur de l'accueil.
Veuillez nous indiquer: Les recommandations utiles (port de lunettes, de prothèse auditive, d'appareil dentaire).
Certificat médical (à remplir par votre médecin) :
Je soussigné(e) docteurcertifie que
□ est apte à la pratique d'activités physiques et sportives

Tampon, date et signature du médecin :