

2023 / 2024

ÉVEIL SPORTIF

Ville de Biganos



Durant toute l'année scolaire, des **activités sportives** destinées aux enfants **de la petite à la grande section**

**DÉBUT DES INSCRIPTIONS : SAMEDI 9 SEPTEMBRE 2023
DE 9H30 À 12H**

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS :

Service Vie Associative, Citoyenne et Sportive,

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 : Age :

Classe : Groupe scolaire :

Adresse :

Ville : Code postal :

Ressortissant du régime : général | maritime | EDF

Autres : (*rayez les mentions inutiles*)

CONTACT

PÈRE :

Fixe..... Port.....

Mail :

MÈRE :

Fixe..... Port.....

Mail :

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

Attestation parentale

Je soussigné(e)
représentant légal de l'enfant

> 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

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 :

❖ Vaccinations obligatoires :

	Date de vaccination ou dernier rappel	Contre-indication (joindre une attestation du médecin)
Diphthérie		<input type="checkbox"/>
Poliomyélite		<input type="checkbox"/>
Tétanos		
Depuis la loi du 30 décembre 2017, tous les enfants nés à compter du 1 ^{er} janvier 2018 doivent aussi se soumettre aux 8 nouvelles vaccinations obligatoires		
L'Haemophilus influenzae B		<input type="checkbox"/>
La coqueluche		<input type="checkbox"/>
L'hépatite B		<input type="checkbox"/>
la rougeole		<input type="checkbox"/>
Les oreillons		<input type="checkbox"/>
La rubéole		<input type="checkbox"/>
Le méningocoque C		<input type="checkbox"/>
Le pneumocoque		<input type="checkbox"/>

❖ 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 ?

Si l'enfant doit suivre un traitement, joindre l'ordonnance aux médicaments (aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance datée et signée du médecin), qui seront remis dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation, nom et prénom de l'enfant inscrits sur l'emballage.

❖ L'enfant fait-il l'objet d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? Oui Non

Si oui, le communiquer au directeur de l'accueil.

❖ Veillez 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 :