



SPORTS VACANCES

Service Vie Associative, Citoyenne et Sportive
10 rue Georges Clemenceau - 33380 Biganos
05 57 17 70 54 - 06 73 27 22 95
educateur@villedebiganos.fr

CHOIX DU SPORT :

Fiche d'inscription

Nom : Prénom :

Date de naissance : Age :

Adresse :

Ville : Code postal :

Numéro allocataire CAF :

CONTACT

Père : Fixe..... Port.....

Mail :

Mère : Fixe..... Port.....

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*).

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,

Signature

Le

Tarifs

Cochez la case correspondante

	Tranches	Tarifs à la semaine	Tarifs pour trois jours
1	QF < 500	150 €	31 €
2	501 à 650	152 €	33 €
3	651 à 850	154 €	35 €
4	851 à 1 125	156 €	37 €
5	1 126 à 1 600	158 €	39 €
6	QF > 1 601	160 €	41 €
Communes extérieures		192 €	50 €

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)
Diphtérie		<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 :