2024 / 2025

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 14 SEPTEMBRE 2024
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

ALLOCATIONS FAMILIALES Caf de la Gironde

Liberté • Égalité • Fraternité RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
DIRECTION RÉGIONALE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

20 TERRE DE JEUX 24

BIGANOS Porte du bassin

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 : .....

CULTURE Choisir 2 cycles max. *(tous les vendredis)*	Pêche	Déco Noël	Rencontres multi-culturelles	Home déco	Découverte du Bassin

SPORT *(voir descriptif des packs)*	Pack 1 (lundi)	Pack 2 (mardi)	Pack 3 (jeudi)

Cochez la/les case(s) correspondante(s)

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 (à remettre avant le (5 mai 2025)

Attestation parentale

Je soussigné(e) .....
représentant 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)

Tarifs

QF*	École Multi-Activités Pack sport Montant par an	École Multi-Activités Pack culture Montant par an
- de 500	25 €	5 €
de 501 à 700	30 €	6 €
de 701 à 900	35 €	7 €
de 901 à 1100	40 €	8 €
de 1101 à 1300	45 €	9 €
de 1301 à 1600	50 €	10 €
de 1601 à 1900	55 €	11 €
de 1901 à 2200	60 €	12 €
de 2201 à 2500	65 €	13 €
à partir de 2501 ou sans QF	75 €	15 €

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 informaitons 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

Rédaction et impression : Mairie de Biganos | Crédits photos : mairie de Biganos.

Fiche sanitaire :

❖ Vaccinations obligatoires :
Joindre une copie du carnet de santé

❖ 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.

❖ 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) docteur ……...certifie que …….

□ est apte à la pratique d'activités physiques et sportives

□ est à jour des vaccins obligatoires

Tampon, date et signature du médecin :