

2020 / 2021

# ÉCOLE MULTI-ACTIVITÉS

Ville de Biganos



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

## RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS :

*Service Vie Citoyenne, Vie Sportive, Vie Associative*

05 57 70 17 54 - 06 73 27 22 95

[educateur@villedebiganos.fr](mailto:educateur@villedebiganos.fr)

**DÉBUT DES INSCRIPTIONS : MARDI 1<sup>ER</sup> SEPTEMBRE 2020**



# Fiche d'inscription

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : ..... Classe : ..... Groupe scolaire : .....

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Ressortissant du régime : général | maritime | EDF

Autres : ..... *(rayez les mentions inutiles)*

## CONTACT

PÈRE : Fixe..... Port.....

Courriel : .....

MÈRE : Fixe..... Port.....

Courriel : .....

<b>CULTURE</b> <i>(tous les vendredis)</i>	Pêche	Initiation web radio	Arts visuels	Couture	Découverte du Bassin
---	-------	-------------------------	-----------------	---------	-------------------------

<b>SPORT</b> <i>(voir descriptif des packs)</i>	Pack 1 (lundi)	Pack 2 (mardi)	Pack 3 (jeudi)	<i>Cochez la/les case(s) correspondante(s)</i>

## 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



# Attestation parentale

Je soussigné(e) .....  
représentant légal de l'enfant .....

> autorise les éducateurs du service Sport, Animation et Vie Associative ainsi que ceux de l'Union Jeunesse Boïenne à transporter en mini-bus mon enfant du groupe scolaire aux sites sportifs et culturels de l'École Multi-Activités **OUI / NON**

> atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'École Multi-Activités organisée par la Mairie de Biganos et m'engage à le respecter.

> 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 courriel **OUI / NON**

Fait à Biganos,  
Le .....

Signature



Cochez la case correspondante

## Tarifs

	Tranches	Tarif à l'année pour un pack sport	Tarif pour un cycle d'activités culturelles
<b>1</b>	QF > 500 €	31 €	6,20 €
<b>2</b>	501 < QF > 650	34 €	6,80 €
<b>3</b>	651 < QF < 850	36 €	7,20 €
<b>4</b>	851 < QF < 1 125	39 €	7.80 €
<b>5</b>	1 126 < QF < 1 600	41 €	8,20 €
<b>6</b>	QF > 1 601 €	44 €	8,80 €
<b>Communes extérieures</b>		100 €	20 €

### 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 ; ELLE 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				Coryza/Scarlatine	
Cou OT/polio				Autres (préciser)	
Cou (Tétanos)					
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 - BENSEIGNEMENTS 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 DÉJÀ EU DES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHINITE/ALLERGIE ANTHROPIALME ACQU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	ORBITES	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME

oui  non

MÉDICAMENTS/ELUS

oui  non

ALIMENTAIRES

oui  non

AUTRES.....

oui  non

PRÉCISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si auto-administration la signaler)

**INDIQUER CLAIRES :**  
LES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ (MADRID, ACCIDENT, CROISS, CONVALESC, HOSPIITALISATION, 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.....

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

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

Je soussigné.....responsable légal de l'enfant, déclare  
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues 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