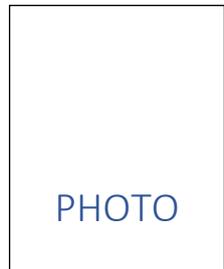


# DOSSIER D'INSCRIPTION VACANCES SPORTIVES ETE 2023 DE 8 A 16 ANS



CF : .....

ECRIRE EN MAJUSCULES S.V.P

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Sexe :       Fille                       Garçon                      Date de naissance : .....

(merci de bien vouloir cocher les cases non grisées )

N°	SEMAINES	<u>Semaine à Talence</u> 8 / 16 ans	<u>Camp de Surf</u> 11 / 16 ans  12 places  (10/11/12/13) Juillet à l'île d'Oléron	<u>Camp Pleine Nature</u> 8 / 12 ans  12 places  (17/18/19) Juillet à Commensacq + 20/21 Juillet à Talence)	<u>Camp Equitation</u> 8 / 16 ans  20 places  (28/29/30 Août à Hostens + 31/01 Sept à Talence)
1	10 au 13 Juillet 4 jours				
2	17 au 21 Juillet 5 jours				
3	24 au 28 Juillet 5 jours				
4	31 au 04 Août – 5 jours				
5	07 au 11 Août – 5 jours				
6	14 au 18 Août – 4 jours				
7	21 au 25 Août – 5 jours				
8	28 au 01 Sept – 5 jours				

Pour la pratique de certaines activités, merci de préciser : **Taille de l'enfant** : ..... **Pointure** : .....

## AUTORISATIONS PARENTALES

### Responsable légal 1 :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... CP : .....  
Tél Portable : .....  
Tél Travail : .....  
Courriel : .....@.....

### Responsable légal 2 :

Nom : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... CP : .....  
Tél Portable : .....  
Tél Travail : .....  
Courriel : .....@.....

### J'autorise mon fils / ma fille :

- à partir de l'Ecole Jules Michelet accompagné d'un animateur jusqu'à l'arrêt de bus :
  - OUI  NON
- à partir seul (e) depuis l'Ecole Jules Michelet :
  - OUI  NON
- à partir seul (e) à la descente du bus :
  - OUI  NON
  -

**J'autorise** la ville de Talence à utiliser mes données personnelles afin de me communiquer des informations relatives aux vacances sportives :

- OUI  NON

### Autres personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom Prénom : .....	Tél portable : .....
Nom Prénom : .....	Tél portable : .....
Nom Prénom : .....	Tél portable : .....
Nom Prénom : .....	Tél portable : .....

## DROIT A L'IMAGE

**J'accepte** que les photos et vidéos sur lesquelles mon enfant apparait dans le cadre des vacances sportives puissent être utilisées par la ville de Talence à des fins d'information ou de communication, pour tous supports connus ou à connaître :

- OUI  NON

## RAMASSAGE NAVETTE

ARRET N°	LIEUX	ALLER	RETOUR
1	CTM	8H30	17H25
2	PARKING LABRO (Cours Gambetta)	8H35	17H20
3	MAIRIE (Place du 8 Mai)	8H45	17H10
4	PARKING LECLERC	8H50	17H05
5	Lieu d'Accueil : Ecole Jules Michelet	9H00	17H00

Cocher le N° d'arrêt

Semaine	Arrêt de bus : Matin	Arrêt de bus : Soir
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		

## GARDERIE

Semaine	Matin (de 8h30 à 9h00)	Soir (de 17h00 à 18h00)
01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations sur la santé de votre enfant.  
Consultable par le Directeur des Vacances Sportives et par les animateurs qui l'encadrent, elle sera présentée aux services de secours en cas d'accident durant les activités.

**NOM DE L'ENFANT :** ..... **PRENOM DE L'ENFANT :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**Responsable légal 1 :**

**Responsable légal 2 :**

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Tél Portable : .....

Tél Portable : .....

Tél Travail : .....

Tél Travail : .....

Courriel : .....@.....

Courriel : .....@.....

**Sécurité Sociale :** Régime Général  Régime Particulier  Préciser : .....

N° de sécurité sociale : .....

N° Allocataire CAF : .....

Nom de l'assurance : .....

N° de Sociétaire Responsabilité Civile : .....

**Régime Alimentaire Particulier :**  OUI  NON  Préciser : .....

**J'autorise** Le Directeur de Vacances sportives à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident :

- OUI  NON

**VACCINATIONS** (joindre la photocopie du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	Date du dernier rappel	VACCINS RECOMMANDES	Date du dernier rappel
DT Polio coqueluche (Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				BCG	
				Autres (préciser)	

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ?  Oui  Non

Si oui, joindre l'ordonnance ou le protocole d'accueil individualisé (PAI) et les médicaments correspondants (dans les boîtes d'origine, avec la notice et marqués au nom de l'enfant)

**ATTENTION : aucun médicament ne pourra être administré sans ces documents.**

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	

## ALLERGIES

Asthme :  Oui  Non

Alimentaires :  Oui  Non

Médicamenteuses :  Oui  Non

SI Oui, Lesquels : .....

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
.....  
.....

Indiquez si votre enfant rencontre des **difficultés de santé** particulières (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) et **les précautions à prendre** :

.....  
.....  
.....

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...?

Précisez.....