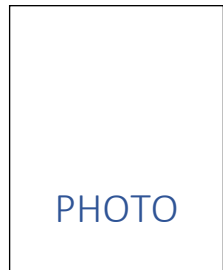


DOSSIER D'INSCRIPTION VACANCES SPORTIVES ETE 2023 DE 8 A 16 ANS



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 | | |

TARIFS PAR JOUR APPLICABLES : VACANCES SPORTIVES D'ETE 2023

| ENFANTS TALENCAIS | A TALENCE | SEJOURS DE VACANCES |
|----------------------|---|--|
| QF de 0 à 200 | 13,00 € | 35,00 € |
| QF de 200 à 500 | 13,00 € | 35,00 € |
| QF de 500 à 2 000 | De 13,00 € à 24,10 € Tarif = 0,0074 x QF + 9.3 | De 35,00 € à 67,40 € Tarif = 0,0216 x QF + 24,2 |
| QF de 2 000 à 3 000 | De 24,10 € à 31,50 € Tarif = 0,0074 x QF + 9.3 | De 67,40 € à 89,00 € Tarif = 0,0216 x QF + 24,2 |
| QF supérieur à 3 000 | 31,50 € | 89,00 € |

Après le calcul de votre tarif en fonction des détails ci-dessus, merci de bien vouloir cocher les modalités de paiement : 1 fois ou 3 fois.

A défaut de réponse, nous appliquerons automatiquement le paiement en une seule fois.

- En 1 fois : En 3 fois

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR

Tout dossier incomplet ne sera pas traité

- Le dossier d'inscription complété en lettres Majuscules. (daté et signé)
- Le certificat médical pour le camp surf uniquement.
- Attestation d'Aptitude à la pratique aux activités aquatiques **OBLIGATOIRE** (ci-joint)
- Photocopie de pages de vaccination du carnet de Santé.
- Si votre enfant a un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**. (merci de fournir le protocole d'accueil)
- Assurance Responsabilité Civile.
- Attestation d'Assuré Social.
- Attestation CAF avec votre quotient familial ou votre avis d'imposition.
- Attestation de prise de connaissance du **Règlement Intérieur**. (Uniquement le coupon de retour daté et signé)
- Règlement des séjours** (ci-joint)

Je soussigné, responsable légal de l'enfant,
déclare exacts tous les renseignements portés sur ce dossier d'inscription.

Date :

Lu et Approuvé
(Mention à recopier)

Responsable légal

Signature

**Cadre réservé à
l'administration**

Reçu le :

Inscrit : Oui Non

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.....