**DOSSIER D’INSCRIPTION**

# PHOTO

Facultatif

**VACANCES SPORTIVES**

**HIVER 2024**

DE 8 A 16 ANS

  **ECRIRE EN MAJUSCULES S.V.P**

**Nom de l’enfant** **:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance** **:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. **Age :** Choisissez un élément.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Semaine** | **VACANCES SPORTIVE HIVERS 2024** | INSCRIPTION*(cocher les cases correspondantes)* |
| **01** | *Du lundi 19 au vendredi 23 Février – 5 jours* ***Multi-Activités Sportives sur Talence*** *Places limitées : 24 Enfants* | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **02** | *Du lundi 26 Février au vendredi 01 Mars- 5 jours****Séjour SKI – PIAU- ENGALY****Places limitées : 30 Enfants* | [ ]  Oui [ ]  Non |

**Régime Alimentaire Particulier :** [ ]  Oui [ ]  Non

**Taille** :00 **Poids** : 00 **Pointure** :00 **Tour de tête**: 00

**Niveau en pratique du Ski :** [ ] Jamais Skié [ ] Débutant [ ] Moyen [x] Confirmé

**Sécurité Sociale :** Régime Général [ ]  Régime Particulier [ ]  Préciser : …

**N° Allocataire CAF** :00

**Responsable légal 1 :**

Nom : … Prénom : …

Adresse : …

Code Postal : … Ville : …

Tél Portable : … Tél Domicile : 00

Courriel :… Tél Travail : 00

**Responsable légal 2 :**

Nom : … Prénom : …

Adresse : …

Code Postal :  … Ville : …

Tél Portable : 00 Tél Domicile : 00

Courriel :… Tél Travail :00

Tournez S.V.P

**FICHE SANITAIRE**

**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.**

**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) |[ ] [ ]  Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | Hépatite B | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
|  |  |  |  | Rubéole-Oreillons-Rougeole | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
|  |  |  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | BCG | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
|  |  |  |  | Autres (préciser)Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
|  |  |  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**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 boites 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**[ ] Oui [ ] Non  | **VARICELLE**[ ] Oui [ ] Non  | **ANGINE**[ ] Oui [ ] Non  | **RHUMATISME****ARTICULAIRE AIGU**[ ] Oui [ ] Non  | **SCARLATINE**[ ] Oui [ ] Non  |
| **COQUELUCHE**[ ] Oui [ ]  Non  | **OTITE**[ ] Oui [ ] Non  | **ROUGEOLE**[ ] Oui [ ] Non  | **OREILLONS**[ ] Oui [ ] Non |

**ALLERGIES**

Asthme : [ ]  Oui [ ] Non Médicamenteuses : [ ]  Oui [ ]  Non

Alimentaires : [ ]  Oui [ ] Non SI Oui, Lesquels : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Si oui, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

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

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**RAMASSAGE NAVETTE**

**Il n’y a pas de ramassage bus pendant la semaine au séjour ski.**

 **Uniquement la semaine (01) Multi-Activités Sportives sur Talence**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARRET N°** | **LIEUX** | **ALLER** | **RETOUR** |
| **1** | CTM | 8H30 | 17H25 |
| **2** | PARKING LABRO(Rue de la Liberté) | 8H35 | 17H20 |
| **3** | MAIRIE (Place du 8 Mai) | 8H45 | 17H10 |
| **4** | PARKING LECLERC | 8H50 | 17H05 |
| **5** | Lieu d’Accueil : GAMMA | 9H00 | 17H00 |

Cocher le N° d’arrêt

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Semaine*** | ***Arrêt de bus : Matin*** | ***Arrêt de bus : Soir*** |
| **01** | [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 | [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 |
| **02** | [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 | [ ]  1 [ ]  2 [ ]  3 [ ]  4 [ ]  5 |

**GARDERIE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Semaine*** | ***Matin (de 8h30 à 9h00)*** | ***Soir (de 17h00 à 18h00)*** |
| **01** | [ ]  Oui [ ]  Non | [ ]  Oui [ ]  Non |
| **02** | [ ]  Oui [ ]  Non | [ ]  Oui [ ]  Non |

**AUTORISATIONS PARENTALES**

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

[ ]  **Oui** [ ]  **Non**

**J’autorise** le directeur des Vacances Sportives à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d’accident :

 [ ]  **Oui** [ ]  **Non**

**J’autorise** mon fils / ma fille :

* à partir seul (e) depuis l'Ecole GAMMA [ ]  **Oui** [ ]  **Non**
* à partir seul (e) à la descente du bus [ ]  **Oui** [ ]  **Non**

**Autres personnes autorisées à venir chercher l’enfant :**

Nom Prénom :… Tél portable : 00

Nom Prénom  … Tél portable : 00

Nom Prénom : … Tél portable : 00

**DROIT à L’IMAGE**

Acceptez-vous que les photos de votre enfant soient utilisées pour différentes publications ? [ ]  **Oui** [ ]  **Non**

**TARIFS PAR JOUR APPLICABLES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENFANTS TALENCAIS ET NON TALENCAIS** | **Du lundi 19 au vendredi 23 Février SEMAINE à TALENCE** | **Du lundi 26 Février au vendredi 01 Mars** **SEJOUR SKI** |
| QF de 0 à 200 | 14,50 € | 51,00 € |
| QF de 200 à 500 | 14,50 € | 51,00 € |
| QF de 500 à 2 000 | De 14,50 € à 26,50 € Tarif = 0,008 x QF + 10,5 | De 51,00 € à 99,60 € Tarif = 0,0324 x QF + 34,8  |
| QF de 2 000 à 3 000 | De 26,50 € à 34,50 € Tarif = 0,008 x QF + 10,5 | De 99,60 € à 132,00 € Tarif = 0,0324 x QF + 34.8 |
| QF supérieur à 3 000 | 34,50€ | 132,00 € |

**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 :**28/02/2024[ ]  **En 3 fois** : 28/02/2024, 31/03/2024, 30/04/2024

**PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR**

**Tout dossier incomplet ne sera pas traité**

[ ]  **Le dossier d’inscription complété en lettres Majuscules.** (daté et signé)

[ ]  **Photocopie de pages de vaccination du carnet de Santé.**

 [ ]  **Certificat médical de non contre-indication à la pratique du ski, de moins d’un an**. (Uniquement pour le séjour)

[ ]  **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)

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

**Cadre réservé à l'administration**

**Reçu le : 00/00/2023**

Inscrit :

Date : 00

Lu et Approuvé Responsable légal

( Mention à recopier)

**Signature ..** [ ]  **Oui** [ ]  **Non**

…