**DOSSIER D’INSCRIPTION**

# PHOTO

Facultative

**VACANCES SPORTIVES**

**ETE 2025**

DE 8 A 16 ANS

**CF**: …  **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.…………………………………….

**Sexe :**  Fille  Garçon

**Date de naissance** **:** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Age**:Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**(merci de bien vouloir cocher les cases non grisées )**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **SEMAINES** | ***Semaine sur Talence***    **8 / 16 ans** | ***Camp Surf***  **11 / 16 ans**  **12 places**  *7 au 11/07 à l’ile d’Oléron* | ***Camp Pleine Nature***  ***8* / 12 ans**  **12 places**  *15 juillet à Talence +*  *16/17/18*  *à Hostens* | ***Camp Canoë***  ***9* / 12 ans**  **12 places**  *21/22/23*  *à Lalinde +*  *24/25 Juillet sur Talence* | ***Camp Equitation***  **8 / 16 ans**    **20 places**  *25/26/27 Les Ecuries du Lac à Hostens + 28/29 Août sur Talence* |
| **1** | *07 au 11 Juillet 5 jours* |  |  |  |
| **2** | *15 au 18 Juillet 4 jours* |  |  |  |  |
| **3** | *21 au 25 Juillet 5 jours* |  |  |  |
| **4** | *28 juillet au 01 Août 5 jours*  *Accueil : Ecole MICHELET* |  |  |
| **5** | *04 au 8 Août 5 jours*  *Accueil : Ecole MICHELET* |  |  |
| **6** | *11 au 14 Août 4 jours* |  |  |
| **7** | *18 au 22 Août 5 jours* |  |  |  |
| **8** | *25 au 29 Août 5 jours* |  |  |  |

Pour la pratique de certaines activités, merci de préciser :

**Taille de l’enfant**:Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.……………

**Pointure**: Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**AUTORISATIONS PARENTALES**

**Responsable légal 1 :** **Responsable légal 2 :**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte..

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Ville :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.CP :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél  : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**J’autorise mon fils / ma fille :**

* à partir seul (e) depuis le lieu d’accueil :
* GAMMA (semaines 01- 02-03-06-07-08)
* Ecole MICHELET (semaines 04-05)
* **OUI**  **NON**
* à partir seul (e) à la descente du bus :
* **OUI**  **NON**

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

* **OUI**  **NON**

**J’autorise** la ville de Talence à utiliser mes données personnelles afin de me communiquer des informations relatives à l’école Multisports:

* **OUI**  **NON**

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

Nom Prénom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Tél portable :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom Prénom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Tél portable : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom Prénom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Tél portable : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**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 connaitre :

**OUI**  **NON**

**RAMASSAGE NAVETTE**

**Il n y a pas de ramassage bus pour les camps**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ARRET N°** | **LIEUX** | **ALLER** | **RETOUR** |
| **1** | CTM | 8H30 | 17H25 |
| **2** | GAMBETTA  (Rue de la Liberté) | 8H35 | 17H20 |
| **3** | MAIRIE (Place du 8 Mai) | 8H45 | 17H10 |
| **4** | PARKING LECLERC | 8H50 | 17H05 |

**Cocher le N° d’arrêt**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Semaine*** | ***Arrêt de bus : Matin*** | ***Arrêt de bus : Soir*** |
| **01** | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |
| **02** | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |
| **03** | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |
| **04** | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |
| **05** | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |
| **06** | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |
| **07** | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |
| **08** | 1  2  3  4 | 1  2  3  4 |

**GARDERIE**

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

**TARIFS PAR JOUR APPLICABLES : VACANCES SPORTIVES D’ETE 2025**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ENFANTS TALENCAIS** | **A TALENCE** | **SEJOURS DE VACANCES** |
| QF de 0 à 200 | 15,50 € | 40,50 € |
| QF de 200 à 500 | 15,50 € | 40,50 € |
| QF de 500 à 2 000 | De 15,50 € à 28,40 €  Tarif = 0.0068 x QF + 11.2 | De 40,50 € à 77,70 €  Tarif = 0,0248 x QF + 28,1 |
| QF de 2 000 à 3 000 | De 28.40 € à 37,00 €  Tarif = 0,0068 x QF + 11.2 | De 77,70 € à 102.50 €  Tarif = 0,0248 x QF + 28,1 |
| QF supérieur à 3 000 | 37.00 € | 102,50 € |

**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 :**30/06/25 **En 3 fois** : 30/06/25 ; 31/07/25 ; 31/08/25

**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.**

**Pass’Nautique ou Attestation d’Aptitude à la pratique aux activités aquatiques OBLIGATOIRE**

**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.**

**Être à jour du quotient familial CAF demandé par le service Education Enfance, à défaut fournir l’attestation CAF ou votre avis d’imposition.**

**Attestation de prise de connaissance du Règlement Intérieur**. (Uniquement le coupon daté et signé)

**Règlement intérieur des séjours** (ci-joint)

Je soussigné,Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. responsable légal de l’enfant Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte., déclare exacts tous les renseignements portés sur ce dossier d’inscription.

**Cadre réservé à l'administration**

**Reçu le :**

Inscrit : Oui Non

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Lu et Approuvé Responsable légal

(Mention à recopier)Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Signature :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**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 :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**DATE DE NAISSANCE** :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**AGE**:Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Responsable légal 1 :** **Responsable légal 2 :**

Nom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.. Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Tél Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Tél : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Courriel :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Courriel : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Sécurité Sociale :** Régime Général  Régime Particulier

Préciser : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° de sécurité sociale :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° Allocataire CAF : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nom de l’Assurance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° de Sociétaire Responsabilité Civile Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Régime Alimentaire Particulier :**   OUI  NON

Préciser :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**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) |  |  | 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 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 :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.