



Fiche de Réservation



Stage « SPORTS VACANCES » Vacances de Printemps 2025

Rappel : A partir de 11 ans (6^{ème}) jusqu'à 17 ans

Inscriptions : Du mercredi 19 Mars 2025 au vendredi 4 Avril 2025

*Toute réservation reçue après cette date,
sera traitée dans la limite des places disponibles.*



Stage Multisports :

Catamaran de Sports, Escalade, Equitation, Foot golf, parcours training...

Semaine du 28 au 30 Avril 2025

Nom et prénom de l'enfant :

Date de Naissance :

Nom et prénom du responsable :

Adresse du responsable.....

.....

Téléphone du responsable :

Adresse Mail (majuscule):@.....

Classe et établissement scolaire de l'enfant :

Régime alimentaire particulier à préciser :

AUTORISATIONS

Je soussignéautorise :

- **l'assistant sanitaire à donner**mg de Doliprane/ Spasfon à mon fils/ma fille
..... en cas de fièvre ou de douleur. OUI / NON
- **Droit à l'image** (dans le cadre des publications de la Ville). OUI / NON
- **Droit de partir seul(e)** : OUI / NON

Date et signature :

Heures d'ouverture du Secrétariat :

Lundi – Mardi – Mercredi - Jeudi : de 9h à 12h30 / de 13h30 à 17h **Vendredi** : de 9h à 12h30

Contact : Fabienne FABRER - 05.57.72.71.05 mmj5@ville-arcachon.fr

"Sports Vacances" du Lundi 28 au 30 Avril 2025

RDV Plaine des
Sports
Arcachon
De 9h00 / 17h00

LUNDI

Initiation



Equitation



MARDI

Initiation



Escalade



MERCREDI

Initiation

Catamaran
Sport

Black Pearl



JEUDI

Féried

VENDREDI

Pont

11 ans (6^{ème}) à 17 ans,
Inscriptions du
19/03/2025 au 8/04/2025
Nombre de places limité
Secrétariat 9h-17h
05 57 72 71 05
mmj5@ville-arcachon.fr

Programmation susceptible d'être modifiée en fonction des conditions météo



Tarifs SPORTS VACANCES – Avril 2025

ARCACHONNAIS

QF	TARIF TOTAL
<299 €	39 €
Entre 300 € et 499 €	43.05 €
Entre 500 € et 599 €	45.30 €
Entre 600 € et 699 €	49.65 €
Entre 700 € et 899 €	51.60 €
Entre 900 € et 1199 €	61.20 €
Entre 1200 € et 1799 €	79.20 €
Entre 1800 € et 2099 €	82.80 €
Entre 2100€ et 2399 €	91.80 €
Entre 2400€ et 2699 €	95.40 €
>2700	100.50 €

NON ARCACHONNAIS

102 €

Documents obligatoires à joindre à la fiche d'inscription



1. ☐ La fiche d'Inscription
2. ☐ La fiche sanitaire (jointe) remplie et signée (valable 1 an)
3. ☐ La copie du carnet de vaccination (valable 1 an)
4. ☐ Attestation mentionnant que vous n'êtes pas en congés durant la(es) semaine(s) demandées pour votre (vos) enfant(s). Pour les 2 parents.
5. ☐ L'autorisation de sortie (jointe) remplie et signée
6. ☐ L'autorisation de droit à l'image (jointe) remplie et signée
7. ☐ L'attestation papier sécurité sociale (du parent qui couvre l'enfant) en cours de validité
8. ☐ **L'attestation d'assurance scolaire ou responsabilité civile mentionnant le nom de l'enfant en cours de validité.**
9. ☐ Justificatif des prestations de la CAF et n° CAF du mois en cours, si vous percevez des prestations CAF soumis à revenus, sinon l'avis d'imposition 2024
10. Certificat médical mentionnant :
 - ☐ été / Automne / Printemps:
 - Sports aquatiques
 - Plongée
 - ☐ Hiver :
 - ski
 - Sports d'Hiver
11. ☐ L'Attestation d'Aisance aquatique scolaire (Savoir Nager) ou brevet de natation 50m
12. ☐ PAI en cours si l'enfant est concerné par le dispositif

Astuces : Lors de votre 1^{er} rendez-vous chez le médecin, favoriser les mentions complètes, hiver et été demandées. Le certificat sera valable 3 ans (hors plongée, à renouveler tous les ans si l'activité est pratiquée. Décret n°2023-253 du 31 août 2023)

Pour les jeunes précédemment inscrits, merci de nous fournir le document 3 en cas de nouveaux vaccins, le dernier justificatif caf si concernés et la Responsabilité Civile à jour.

Attention : Chaque document daté doit être de nouveau fourni une fois l'échéance dépassée.

Aucune inscription ne sera acceptée sans le dossier complet.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2024/2025

DOCUMENT CONFIDENTIEL

L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ☐

FILLE ☐

1 – VACCINATIONS : Joindre obligatoirement la copie du carnet de santé.

Les enfants nés à partir de 2018 sont soumis à 11 vaccins (et non 3)

Pour rappel :

VACCINS OBLIGATOIRES	VACCINS RECOMMANDÉS
	<u>Ou obligatoire pour les enfants nés après le 01/01/2018</u>
Diphtérie	Hépatite B *
Tétanos	Rubéole-Oreillons-Rougeole*
Poliomyélite	Coqueluche*
	Méningocoque C*
	Pneumocoque *
	Méningite Hib*
	Autres :

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs / périscolaires ? Oui ☐ non ☐

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine** marquées au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

ALLERGIES : MEDICAMENTEUSES OUI ☐ NON ☐

*ALIMENTAIRES OUI ☐ NON ☐

☐AUTRES :

PRECISEZ LA CAUSE ET LA REACTION DE L'ALLERGIE + joindre un certificat médical :

CONDUITE A TENIR :

Existe-t-il un P.A.I (projet d'accueil individualisé) ☐ OUI Joindre le protocole et toutes informations utiles. ☐NON

** s'il existe des **problèmes médicaux liés à l'alimentation** (allergie, intolérance alimentaire, diabète, maladie chronique ...), **un Protocole d'Accueil Individualisé Périscolaire devra être mis en place** et/ou complété par un PAI existant. L'enfant pourra ainsi bénéficier de son traitement ou de son régime alimentaire. Dans le cas où une trousse d'urgence est nécessaire, elle sera obligatoirement remise au responsable de la structure d'accueil.*

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si **oui préciser** en indiquant les précautions à prendre. ☐oui ☐non (ASTHME, MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION...)

3 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie, etc...

AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

.....

.....

.....

.....

4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

Responsable N °1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL

Responsable N °2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e),responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature du responsable n°1

Signature du responsable n°2