

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

PASS'
JEUNESSE



LE
MERCREDI
SPORTS

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

NOM :	PRENOM :
SEXE : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	DATE DE NAISSANCE :
ADRESSE :	
ETABLISSEMENT SCOLAIRE :	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA MERE :

NOM :	PRENOM :
ADRESSE (si différente de l'enfant) :	
☎ FIXE :	☎ PORTABLE :
☎ PROFESSIONNEL :	
EMAIL :	

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PERE :

NOM :	PRENOM :
ADRESSE (si différente de l'enfant) :	
☎ FIXE :	☎ PORTABLE :
☎ PROFESSIONNEL :	
EMAIL :	

SITUATION FAMILIALE : Mariés Divorcés Vie maritale
 Séparés Célibataire
 Autre :



TOURNEZ LA
PAGE SVP

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT :

NOM :	PRENOM :
LIEN AVEC L'ENFANT :	
☎ FIXE :	☎ PORTABLE :
☎ PROFESSIONEL :	

NOM :	PRENOM :
LIEN AVEC L'ENFANT :	
☎ FIXE :	☎ PORTABLE :
☎ PROFESSIONEL :	

NOM :	PRENOM :
LIEN AVEC L'ENFANT :	
☎ FIXE :	☎ PORTABLE :
☎ PROFESSIONEL :	

NOM :	PRENOM :
LIEN AVEC L'ENFANT :	
☎ FIXE :	☎ PORTABLE :
☎ PROFESSIONEL :	

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) Mme / M..... exerçant l'autorité parentale de l'enfant :

NOM : Prénom :

- Autorise mon enfant à participer aux activités encadrées par les éducateurs sportifs du Service des Sports de la Ville de Saint-Avold pour la saison 2021-2022.
- Autorise mon enfant à être transporté dans le véhicule assuré par la Ville de Saint-Avold et conduit par un éducateur titulaire du permis de conduire et en règle avec la législation, pour les déplacements prévus dans le cadre des activités organisées par le service des Sports de la Ville de Saint-Avold et pour lesquelles il aura au préalable fait l'objet d'une inscription.
- Atteste être assuré(e) pour les dommages que mon enfant pourrait subir au cours de la pratique des activités ou occasionner à d'autres personnes, (joindre une copie de l'attestation en cours de validité)
- Autorise expressément la Ville ou le responsable de l'activité à utiliser, faire utiliser, reproduire ou faire reproduire le nom, la voix, l'image de mon enfant en vue de toute exploitation directe ou sous forme dérivée, sur tout support, dans le monde entier, par tous les moyens connus et pour une durée de 5 ans à compter de la date d'inscription
- Déclare avoir pris connaissance du ou des règlement(s) intérieur(s) du ou des dispositif(s) et m'engage à le respecter et à le faire respecter à mon enfant.

- J'autorise mon enfant à quitter le lieu de l'activité ou lieu de rendez-vous, seul et par ses propres moyens sous mon entière responsabilité
OUI NON
- Je certifie qu'il n'a jamais fait l'objet d'une inaptitude totale ou partielle à la pratique des activités sportives (joindre un certificat médical de non contre-indication de moins d'un mois dans le cas contraire)

Date et signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.**

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

OUI

NON

OCCASIONNELLEMENT

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

OUI

NON

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

TÉL. : domicile : _____ portable : _____ Bureau: _____

N° DE SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

L'ENFANT BÉNÉFICE-T-IL : DE LA CMU
 D'UNE PRISE EN CHARGE S.S. À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge S.S.)

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS

NOM :

PRENOM :



FICHE D'INSCRIPTION 2021/2022

MERCREDI SPORTS



Période 1 – du 22 septembre au 15 décembre 2021

	ACTIVITES	HORAIRES	ANNEES DE NAISSANCE
	GYMNASTIQUE JEUX DE RAQUETTES	10h – 12h	2013 – 2014 – 2015
	TIR À L'ARC TENNIS DE TABLE	10h – 12h	2011 – 2012
	ATHLETISME GOLF	14h – 16h	2011 – 2012 – 2013 – 2014 – 2015

Période 2 – du 5 janvier au 22 mars 2022

	ACTIVITES	HORAIRES	ANNEES DE NAISSANCE
			2013 – 2014 – 2015
			2011 – 2012
			2011 – 2012 – 2013 – 2014 – 2015

Période 3 – du 30 mars au 15 juin 2022

	ACTIVITES	HORAIRES	ANNEES DE NAISSANCE
			2013 – 2014 – 2015
			2011 – 2012
			2011 – 2012 – 2013 – 2014 – 2015

TARIF * :

Naboriens : 20€ par cycle d'initiation / 15€ à partir du 4^{ème} dans l'année

Non-naboriens : 25€ par cycle d'initiation

MERCREDI SPORTS ADOS



Période 1 – du 22 septembre au 15 décembre 2021

	ACTIVITES	HORAIRES	ANNEES DE NAISSANCE
	BADMINTON - VOLLEY	14h – 16h	2007 – 2008 - 2009 – 2010

Période 2 – du 5 janvier au 22 mars 2022

	ACTIVITES	HORAIRES	ANNEES DE NAISSANCE
			2007 – 2008 - 2009 – 2010

Période 3 – du 30 mars au 15 juin 2022

	ACTIVITES	HORAIRES	ANNEES DE NAISSANCE
			2007 – 2008 - 2009 – 2010

TARIF * : 10€ par cycle d'initiation

PASS'JEUNESSE



TARIF * : 25€ pour la saison 2021-2022

CAP SPORT AVENTURE

du au2022



TARIF * : Entre 63€ et 83,50€ la semaine selon le quotient familial

PIECES A FOURNIR :

- Fiche de renseignement
- Autorisation parentale
- Fiche sanitaire de liaison
- Fiche d'inscription aux activités
- Règlement
- Attestation d'assurance extra scolaire

Cadre réservé à l'administration				
DATE	MONTANT DU REGLEMENT	MOYEN DE PAIEMENT	MOTIF	N° de souche

* tarification sous réserve de modification par décision du Conseil Municipal