

DOSSIER D'INSCRIPTION



SPORTS
COLLECTIFS
OU INDIVIDUELS

...



POUR LES
9 - 17 ANS



KARTING
+ autre activité
à définir

ACTIVITÉS
EXTÉRIEURES

*Protocole
sanitaire selon
les dernières
recommandations*

Tarifs modulés
en fonction du
quotient familial

VACANCES
D'HIVER
du 8 au 12
FÉVRIER 2020

LES APREN'SPORT

Viens découvrir ton sport !

RENSEIGNEMENTS : 05 49 25 50 54

Thierry Meunier, éducateur sportif Municipal : 06 89 23 20 08

www.ville-lacreche.fr  Ville de La Crèche


Carrefour de Communications

Liste des documents à fournir obligatoirement

- Fiche de renseignements (ci-jointe)
- Fiche sanitaire de liaison (ci-jointe)
- Avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019
- Attestation de revenus sociaux - attestation de droits
- Attestation d'assurance en responsabilité civile ou extrascolaire en cours *
- Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé*
- Brevet de natation (à fournir sur demande du directeur)*
- Photocopie d'une licence sportive en cours de validité ou certificat médical de non contre indication à la pratique sportive de moins de trois mois*
- Le cas échéant : une photocopie de l'ordonnance et une attestation signée autorisant le jeune à s'auto-médicamenter

* À fournir lors de la première participation aux Aprèm'Sport pour chaque nouvelle année scolaire.



L'ensemble du dossier complété et signé doit être déposé à
l'accueil de la Mairie avant le :

Vendredi 29 janvier 2021

**Tout dossier incomplet ne sera pas
pris en compte.**

Horaires de la Mairie :

Lundi : Fermé / 14 h - 17 h

Mardi : 8 h - 12 h / 14 h - 17 h

Mercredi : 8 h - 12 h / 14 h - 17 h

Jeudi : Fermé / 14 h - 17 h

Vendredi : 8 h - 12 h / 14 h - 17 h

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Nom, Prénom de l'enfant :

Né(e) le : Age :

École et classe :

RESPONSABLE LÉGAL 1 :

Autorité parentale : Oui Non (2)

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone domicile..... Téléphone portable.....

Email domicile :@..... **(obligatoire)**

Qualité : Père / Mère / Tuteur / Autre (précisez) (1)

Situation de famille Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé (1)

Profession

EmployeurTéléphone professionnel

RESPONSABLE LÉGAL 2 :

Autorité parentale : Oui Non (2)

Nom : Prénom :

Adresse (si différente) :

Téléphone domicile Téléphone portable

Email domicile :@.....

Qualité : Père / Mère / Tuteur / Autre (précisez) (1)

Situation de famille Marié / Célibataire / Divorcé / Concubin / Séparé / Pacsé (1)

Profession

EmployeurTéléphone professionnel

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT en dehors des parents ou à contacter en cas d'urgence

Nom - Prénom :

Téléphone : Lien de parenté :

NB : Ces personnes habilitées à reprendre votre/vos enfants devront présenter leur pièce d'identité

AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile après les activités à 17 h 30 (2)

Si oui, quels jours (1) ? Lundi - Mardi - Mercredi - Jeudi - Vendredi

Je n'autorise pas mon enfant à rentrer seul après les activités à 17 h 30 (2)

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

J'ai pris connaissance du règlement intérieur des Aprèm'Sport et je l'accepte

PROTOCOLE SANITAIRE

J'ai pris connaissance du protocole sanitaire des Aprèm'Sport et je l'accepte

Autorisation pour reproduire ou diffuser des photos

Je soussigné(e) autorise la Mairie de LA CRËCHE à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies représentant....., réalisées pendant les activités relatives aux **APRÈM'SPORT** ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, à des fins de promotion des projets communaux. (2)

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants :

- Publication dans le bulletin municipal
- Publication dans la presse locale
- Publication sur la page Facebook de la Ville

Je refuse que mon enfant soit photographié (2)

Date :

Signature

CERFA N° 85-0233

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAux QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I . ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	
Du DT polio			___/___/___
Du DT coq			___/___/___
Du Tétracoq			___/___/___
D'une prise polio	RAPPELS		___/___/___
			___/___/___

SIL'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
.....	___/___/___
.....	___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :
 (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

.....

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT
 NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

 N° DE S.S. : _____ N° DE TEL : _____ DOMICILE : _____ BUREAU : _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :
 Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
 Signature :
 DATE :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ___/___/___

DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

.....

.....

.....

ÉLÉMENTS POUR LA FACTURATION

(cf art. 7 du règlement intérieur des Aprèm'Sport)

Famille allocataire CAF : Oui Non (2)

N° allocataire :

Montant du quotient familial :

Famille non allocataire CAF :

Revenus annuels du foyer Imposable avant déduction fiscale : <i>Ligne : total des salaires et assimilés (avis d'imposition)</i>		1/12 des revenus mensuels :	
Montant mensuel des revenus sociaux : (Prestations régulières, pension alimentaire)		Nombre de parts (*) :	
Calculez votre quotient familial : <u>1/12 des revenus annuels + montant mensuel des revenus sociaux</u>			
Nombre de parts			

(*) Couple ou personne isolée = 2 parts / 1^{er} et 2^{ème} enfant à charge = 0.5 part / À partir du 3^{ème} enfant à charge : 1 part

Tarif applicable pour l'année 2021 :

TRANCHES	QUOTIENT FAMILIAL	TARIF / SEMAINE / ENFANT TTC
1	De 0 € à 199 €	13 €
2	De 199,01 € à 499 €	19 €
3	De 499,01 € à 769 €	25 €
4	De 769,01 € à 879 €	29 €
5	De 879,01 € à 1009	33 €
6	De 1009,01 € à 1199 €	37 €
7	De 1199,01 € à 1450 €	39 €
8	Plus de 1450,01 €	41 €

NB : Si vous ne souhaitez pas renseigner les éléments pour la facturation, et si aucun justificatif des ressources n'est fourni, le tarif maximum sera appliqué.

Cochez la case ci-contre

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis

Date

Signature