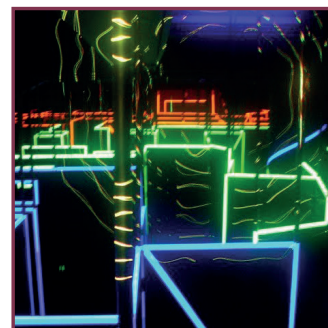


DOSSIER D'INSCRIPTION

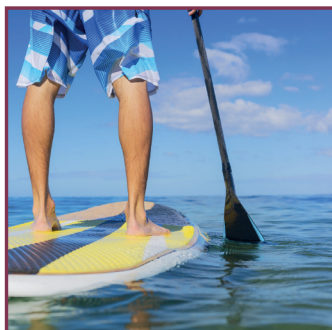


SPORTS
COLLECTIFS
OU INDIVIDUELS

...



POUR LES
9 - 15 ANS



SPORTS
NAUTIQUES

ACTIVITÉS
EXTÉRIEURES...

ACCROBRANCHE
WAKE-BOARD

...



Tarifs modulés
en fonction du
quotient familial

VACANCES DE
TOUSSAINT

du 23 au 27
OCT. 2017

LES APREM'SPORT

Viens découvrir ton sport !

RENSEIGNEMENTS : 05 49 25 50 54

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

www.ville-lacrecche.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 2016 sur les revenus 2015
- 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 13 octobre 2017

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

Horaires de la Mairie :

Lundi : Fermé / 14h00 - 17h00
Mardi : 8h00 - 12h00 / 14h00 - 17h00
Mercredi : 8h00 - 12h00 / 14h00 - 17h00
Jeudi : Fermé / 14h00 - 17h00
Vendredi : 8h00 - 12h00 / 14h00 - 17h00

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 règlement intérieur des Aprèm'Sport et je l'accepte

Autorisation pour reproduire ou diffuser des photos

Je soussigné(e) autorise la Mairie de LA CRÈCHE 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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFAN° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONQUE 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 GARCON 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			___/___/___
			___/___/___
			___/___/___

SI L'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 SUIV-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.

DATE : Signature :

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 : $\frac{1/12 \text{ des revenus annuels} + \text{montant mensuel des revenus sociaux}}{\text{Nombre de parts}}$			

(*) 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 les vacances de la Toussaint 2016 et pour l'année 2017 :

TRANCHES	QUOTIENT FAMILIAL	TARIF / SEMAINE / ENFANT TTC
1	De 0 € à 199 €	12,00 €
2	De 199,01 € à 499 €	18,00 €
3	De 499,01 € à 769 €	24,00 €
4	De 769,01 € à 879 €	28,00 €
5	De 879,01 € à 1009	32,00 €
6	De 1009,01 € à 1199 €	36,00 €
7	De 1199,01 € à 1450 €	38,00 €
8	Plus de 1450,01 €	40,00 €

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

(1) entourez la réponse concernée

(2) cochez la réponse concernée