PETITES VACANCES SCOLAIRES

APRÈM' SPORTS

Renseignements | Inscriptions

06 89 23 20 08 – sports@ville-lacreche.fr

www.ville-lacreche.fr

Ville de
La Crèche
TRAJECTOIRE COMMUNE

APRÈM'SPORT

Les Aprèm'sports permettent aux jeunes de 9 à 17 ans de pratiquer des activités variées : sports collectifs et individuels, activités extérieures...

Horaires : de 13 h 30 à 17 h 30
Lieu : accueil au gymnase de Chantoiseau tous les jours
Nombre de places maximum : 32
Tarif : de 23 € à 63 € en fonction du quotient familial. Ces activités bénéficient d'aides CAF.

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER UNIQUEMENT LORS DE LA PREMIÈRE INSCRIPTION POUR L'ANNÉE SCOLAIRE.

Sauf en cas de changement d'adresse ou de revenus sociaux

- ☒ Fiche de renseignements (ci-jointe)
- ☒ Fiche sanitaire de liaison (ci-jointe)
- ☒ Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- ☒ Attestation d'assurance en responsabilité civile ou extrascolaire en cours *
- ☒ Avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024
- ☒ Attestation de revenus sociaux - attestation de droits
- ☒ Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé*
- ☒ Le cas échéant : une photocopie de l'ordonnance et une attestation signée autorisant le jeune à s'auto-médicamenter

FACTURATION

Le paiement des prestations s'effectue à réception de la facture, établie par la Mairie et adressée par la trésorerie de Saint-Maixent-L'École, par chèque, numéraires ou en ligne via PayFiP (carte bancaire).

Remplir la rubrique «Éléments pour la facturation»

L'ensemble du dossier complété et signé doit être déposé à l'accueil de la mairie une semaine avant le début des activités
Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

Renseignements complémentaires
Mairie de La Crèche - Tél. 05 49 25 50 54 - www.ville-lacreche.fr
Contacts :
Aprèm'sports : Thierry Meunier, responsable du service sports - Mail : sports@ville-lacreche.fr

*Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service communication de la Ville de La Crèche (Tél. 05 49 25 50 54) . La base légale du traitement est le consentement. Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : service enfance, jeunesse et service communication de la Ville de La Crèche. Les données sont conservées pendant la durée du mandat, à savoir jusqu'au 31/12/2025. Tout formulaire incomplet ne sera pas pris en compte. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le service vie associative, sport: vapc@ville-lacreche.fr, tél. 05 49 25 50 54. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT

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 .....

Employeur .....Téléphone 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 .....

Employeur .....Téléphone professionnel .....

PERSONNES AUTORISÉES A VENIR CHERCHER L'ENFANT en dehors des parents ou à conctacter 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 de l'activité choisie 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 activités jeunesse, ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, à des fins de promotion des projets municipaux. (2)

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants :
☐ Publication sur les supports de communication imprimés et numériques de la Ville
☐ Publication dans la presse locale

☐ Je refuse que mon enfant soit photographié (2)

Signature

(1) entourez la réponse concernée (2) cochez la réponse concernée

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

ÉLÉMENTS POUR LA FACTURATION DES APRÈM'SPORTS

Famille allocataire CAF : ☐ Oui ☐ Non (1)

N° allocataire : _ _ _ _ _ _ _

Montant du quotient familial : _____

(1) entourez la réponse concernée

Famille non allocataire CAF :

Revenus imposables annuels du foyer, avant déduction fiscale (*ligne «total des salaires et assimilés» de l'avis d'imposition*) : _____€

(A) Calculez 1/12 des revenus mensuels : _____€
(B) Montant mensuel des revenus sociaux (*prestations régulières, pension alimentaire*) : _____€
(C) Nombre de parts* : _____

Calculez votre quotient familial :

$$\frac{(A) + (B)}{(C)} = _____ €$$

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

Tarifs applicables pour l'année 2026 :

TRANCHES	QUOTIENT FAMILIAL	TARIFS EN EUROS / ENFANT / TTC
1	0 € à 300 €	23,00
2	300,01 € à 600 €	27,00
3	600,01 € à 900 €	31,00
4	900,01 € à 1200 €	35,00
5	1200,01 € à 1500 €	39,00
6	1500,01 € à 1800 €	43,00
7	1800,01 € à 2100 €	47,00
8	2100,01 € à 2400 €	51,00
9	2400,01 € à 2700 €	55,00
10	2700,01 € à 3000 €	59,00
11	3000,01 € et plus / NC	63,00

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 ☐

Date de naissance du père :...../...../..... Lieu de naissance : .....

Date de naissance de la mère :...../...../.....Lieu de naissance : .....

En cas de séparation des parents, veuillez indiquer le nom et l'adresse de facturation :

.....

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

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

Date Signature