

Chères familles,

C'est avec un très grand plaisir que nous accueillons votre enfant au sein de nos activités, et pour ce faire dans les meilleures conditions, nous vous invitons à prendre connaissance des documents ci-joints.

- **Les conditions générales** (page 1 à lire et conserver).
- **Le dossier annuel de votre enfant ainsi que la fiche sanitaire** (pages 2 et 3 à compléter et nous retourner)

Afin de garantir l'inscription de votre enfant, il est impératif de nous fournir un dossier complet, ainsi que le règlement. Un dossier par enfant lors de sa 1ère inscription au cours de l'année civile.

Nos tarifs sont calculés en fonction du quotient familial établi par la CAF. N'oubliez pas de renseigner votre numéro d'allocataire dans le dossier annuel, sinon tarification la plus élevée. Des frais d'adhésion par famille vous seront demandés lors de la 1ère inscription dans l'année civile. **Les modalités tarifaires, les avantages familiaux, les aides et leurs conditions figurent dans le document « Programmes, détails et tarifs ».**

Remboursement : si annulation par la famille 7 jours ouvrés minimum précédents l'accueil de votre enfant, ou pour raison médicale de 2 jours ou plus et sous réserve de présentation d'un certificat médical (proratisé) ; si annulation par l'association et qu'aucune solution équivalente ne peut être proposée pour l'accueil de votre enfant.

Lors de l'inscription de votre enfant sur nos activités, vous vous engagez à :

- Certifier exacts les renseignements portés sur son dossier et sa fiche sanitaire.
- Autoriser votre enfant à participer aux différentes activités proposées et à utiliser les transports jugés utiles.
- Autoriser l'association à prendre toutes les mesures nécessaires pour mon enfant en cas d'urgence médicale.
- Autoriser l'association aux droits à l'image, son et écrit de mon enfant, exclusivement dans le cadre de ses activités.
- Dégager l'association de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (téléphone, bijoux,...).
- Dégager l'association de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après l'accueil.
- Avoir souscrit un contrat d'assurance responsabilité civile à son égard.

Nos activités ont pour objectif de promouvoir les pratiques sportives auprès des enfants âgés de 11 à 17 ans, et de leur permettre ainsi d'en découvrir une multitude dans un cadre ludique et sécuritaire. Notre volonté est aussi de mobiliser et d'impliquer les partenaires sportifs du secteur, afin de mettre à profit leurs compétences et leur professionnalisme, visant ainsi à générer l'engouement envers le sport et ses bienfaits. Certaines activités pourront également sortir du champ de la pratique sportive, pouvant être artistiques et culturelles, afin de promouvoir l'animation au sens large.

Pour plus de renseignements n'hésitez pas à nous contacter par mail contact@vesontiosportsvacances.com ou par téléphone **06.33.66.83.08**, puis à nous rencontrer à nos bureaux du 14 rue violet, Espace associatif Simone de Beauvoir, 25000 Besançon.

Renseignements concernant l'enfant :

Nom* : Prénom* :
Date de naissance* : Age* : Ecole :

Renseignements concernant le responsable légal de l'enfant :

Nom* : Prénom* : Profession :
Adresse* :
Code Postal* : Ville* : Quartier*(si Bisontin):
Adresse mail* :
N° Téléphone 1* : N° Téléphone 2 :
J'autorise mon enfant à rentrer seul* : Oui Non

Si vous êtes allocataire CAF merci de renseigner votre quotient familial * :

Et votre numéro allocataire* : (Si non renseignés facturation au quotient le plus élevé)

Personne à contacter en cas d'absence du responsable légal* :

Nom* : Tél* :
Nom : Tél :

Personnes autorisées à reprendre mon enfant (à condition de fournir une pièce d'identité):

1 : 2 :

Remarque :

Je soussigné(e),..... certifie avoir pris connaissance
de l'intégralité de ce document et d'accepter les conditions générales et spécifiques.

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT année 2022

Nom :	Date de Naissance et âge :
Prénom :	Nom et Numéro du médecin traitant :

Vaccinations (se référer au carnet de santé pour remplissage **ET joindre une copie lisible) **Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.****

Mon enfant est né avant le 1^{er} janvier 2018 et j'atteste par la présente qu'il est à jour de ses vaccins obligatoires (Diphtérie + Tétanos + Poliomyélite Ou DT Polio).

Mon enfant est né après le 1^{er} janvier 2018 et j'atteste par la présente qu'il est à jour de ses vaccins obligatoires (Précédents + Coqueluche + Haemophilus influenzae de type b + Hépatite B + Pneumocoque + Méningocoque de type C + ROR).

Renseignements médicaux

L'enfant suit un traitement actuellement ? 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"/>	Oreillons 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"/>	Rhumatisme articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Allergies

Préciser les allergies, leurs causes et indiquer les protocoles à suivre (signaler toute automédication) :

.....

Recommandations utiles des parents :

Indiquer ici toutes informations importantes d'antécédents médicaux (maladie, accident, crises convulsives, opération, hospitalisation, rééducation...) ou d'éléments d'assistance corrective portés par votre enfant (lentilles, lunettes, prothèses auditives...):

.....

Je soussigné(e) joignable au numéro :

Responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgical ou autres).

Date :

Signature :