



FICHE D'INSCRIPTION PÉRI-SPORT 2024 - 2025 Groupe 1 (CP, CE1, CE2)



Nom de l'enfant : Prénom de l'enfant :

Né(e) le : Âge :

Classe 2024/2025 :

Créneau choisi : Mardi soir Vendredi soir Mardi soir et vendredi soir

RENSEIGNEMENTS PARENTS

PARENT 1	PARENT 2
Nom et prénom :	Nom et prénom :
Adresse :	Adresse :
Téléphone portable :	Téléphone portable :
Mail :	Mail :

J'autorise mon enfant à rentrer seul après les activités du péri-sport : Oui Non

Si non, liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant (en plus des parents ou du responsable légal) :

.....
.....

AUTORISATIONS PARENTALES

EN CAS D'ACCIDENT

Hôpital ou clinique de référence :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire.

J'autorise Je n'autorise pas

le responsable à prendre le cas échéant toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention médicale...) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

POUR LE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant,

Autorise N'autorise pas

L'utilisation et la diffusion des photographies ou vidéos pour l'ensemble des supports de communication print ou web de la ville de Mormant à titre gracieux.

Je dégage la direction de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels lors de l'activité.

Date et signature du responsable légal pour l'ensemble des autorisations (En cas d'accident et pour le droit à l'image), précédé de la mention « *lu et approuvé, bon pour accord* » :

PIÈCES À FOURNIR

- Cette fiche d'inscription remplie AVEC PHOTO
- Le questionnaire médical d'aptitude à la pratique de l'activité physique et sportive
- Le règlement intérieur signé
- Votre attestation d'assurance
- La fiche sanitaire remplie

Une cotisation trimestrielle de 30€ sera à régler à chaque fin de trimestre.

CHAPITRE 1 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1 : objet du règlement

Le péri-sport est un service proposé par la ville de Mormant à ses habitants et ne constitue pas une obligation légale (cf circulaire du 25 août 1989 relative à la mise en œuvre du transfert des compétences en matière d'enseignement).

Le présent règlement a pour objet de définir les conditions et modalités suivant lesquelles se déroule le fonctionnement du péri-sport sur la ville de Mormant.

Article 2 : Application du présent règlement

Le présent règlement est porté à la connaissance des familles par tout moyen utile. Le non-respect des dispositions énoncés dans le règlement peut remettre en cause l'accès au péri-sport des contrevenants.

CHAPITRE 2 : PRÉSENTATION DU PÉRI-SPORT

Article 3 : Le rôle du péri-sport

Il a pour vocation l'éveil et le développement corporel à travers une approche ludique du sport. L'enfant prend goût à la pratique régulière du sport sans se limiter à une activité.

La priorité sera donnée au développement physique et moteur : coordination, adresse, équilibre. L'apprentissage du respect des règles, coopération, arbitrage, notion de sécurité.

Article 4 : Horaires, locaux et encadrement

a. Horaires

Les enfants sont récupérés à l'école à 16h30. L'activité se déroule jusqu'à 18h. Les enfants peuvent être récupérés jusqu'à 18h30 à la Maison des Jeunes. En cas de retard, les parents ont l'obligation d'informer les encadrants au 06 81 51 50 97.

En cas d'absence de l'enfant pour une séance, l'équipe encadrante doit être informée par téléphone au 06 81 51 50 97 ou par mail : djs@mormant.fr.

Les messages dans les cahiers scolaires ne sont pas pris en compte.

b. Locaux

Les locaux mis à disposition par la ville de Mormant sont les suivants :

- 2 salles omnisports
- 1 Dojo
- 4 Courts de tennis (dont 2 couverts)
- Stade (2 terrains)
- Piste d'athlétisme

c. Encadrement

L'encadrement sera assuré par deux éducateurs sportifs Brevet d'Etat.

CHAPITRE 3 : MODALITÉS

Article 5 : Inscription et paiement des prestations

Toute fréquentation au péri-sport implique la constitution préalable d'un dossier d'inscription au service Jeunesse et Sport (Espace Mandela - Maison Des Jeunes, 3 rue des Ardennes à Mormant), ou téléchargeable sur le site de la ville.

Toute demande d'inscription implique acceptation du présent règlement.

Seul les élèves des classes élémentaires (CP au CM2) sont concernés.

La fréquentation du péri-sport implique le paiement d'un droit d'inscription (30 euros), révisable chaque année par délibération du Conseil Municipal.

Le tarif est porté à la connaissance des familles par tout moyen utile.

Le paiement trimestriel s'effectue après réception d'une facture.

La désinscription définitive du péri-sport nécessite obligatoirement un courrier daté et signé par le responsable légal de l'enfant.

Article 6 : tenue vestimentaire

Le port d'une tenue de sport, ainsi que des chaussures de sports de salle propres, sont exigés. Des vestiaires sont à la disposition des enfants.

Les enfants n'ayant pas de tenue de sport ne pratiqueront pas l'activité.

Article 7 : discipline

Les activités doivent se dérouler en harmonie, le respect mutuel est exigé.

Il est demandé aux enfants de respecter la discipline mise en place par le personnel d'encadrement.

Tout enfant posant de graves problèmes de discipline, sur proposition du personnel d'encadrement, pourra être exclu temporairement ou définitivement du péri-sport.

Article 8 : modifications

La ville de Mormant se réserve le droit de modifier le présent règlement. En cas de modification, le nouveau règlement sera porté à la connaissance des familles par tout moyen utile.

Fait à Mormant, le

Signature des parents ou représentants légaux, précédé de la mention « Lu et approuvé »



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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

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

 NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

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.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

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

OBSERVATIONS



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

QUESTIONNAIRE MÉDICAL



Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical pour renouveler votre adhésion.

NOM : PRÉNOM :

Répondez aux questions suivantes par OUI ou NON* (rayer la mention inutile)

DURANT LES 12 DERNIERS MOIS

- | | | |
|---|-----|-----|
| 1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexplicée ? | OUI | NON |
| 2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, une essoufflement inhabituel ou un malaise ? | OUI | NON |
| 3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ? | OUI | NON |
| 4) Avez-vous eu une perte de connaissance ? | OUI | NON |
| 5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord du médecin ? | OUI | NON |
| 6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ? | OUI | NON |

A CE JOUR

- | | | |
|--|-----|-----|
| 7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) | OUI | NON |
| 8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ? | OUI | NON |
| 9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ? | OUI | NON |

***NB : LES RÉPONSES FORMULÉES RELÈVENT DE LA SEULE RESPONSABILITÉ DU LICENCIÉ
OU DE LA PERSONNE RESPONSABLE LÉGALE DU LICENCIÉ**

Si vous avez répondu NON à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir, attestez simplement (ci-dessous) avoir répondu NON à toutes les questions lors de la demande de réinscription.

Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.

ATTESTATION

Je soussigné M./Mme (Prénom - Nom)
atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

POUR LES MINEURS

Je soussigné M./Mme (Prénom - Nom)
en ma qualité de représentant légal de (Prénom - Nom)
atteste avoir répondu par la négative à l'ensemble des questions.

Date et signature du responsable légal :