

LA RECRÉE DU MERCREDI ENTRE-DEUX

FICHE INSCRIPTION à retourner avec dossier complet au 33 chemin de la pépinière, 97436 Saint-Leu

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Nom des parents :

Adresse postale :

Téléphone :

Email lisible :

Formule année : 600 euros pour l'année

Formule semestre : 330 euros (1^{er} de août à décembre, 2^{ème} de janvier à juillet)

Formule 10 mercredis : 250 euros pour 10 mercredis

Repas et goûter compris

Accueil les minibus sont réservés à la formule année

- de 7h50 à 8h00 départ minibus parking Picard (8places)
- de 7h50 à 8h00 départ minibus parking école Antoine Lucas (8places)
- de 7h50 à 8h00 départ minibus station portail + co-voiturage Etang-salé (8places)
- de 7h30 à 8h30 école Amaryllis

Retour

- 16h30 à 17h minibus même endroit du matin
- 16h30 à 17h école Amaryllis

Avant le 10 août 2023:

- Fiche de liaison
- Certificat médical pour tous les sports y compris de la natation, de l'équitation, activités nautiques et aquatiques, plongée (bouteille, palmes, masque, tubas), escalade
- Certificat du médecin attestant que les vaccins à jour
- Chèque de 50€ pour la Licencie Sport pour tous qui vous donne droit à moins 10% sur tous nos séjour vacances, 15% pour les enfants de l'Entre-Deux
- 1 à 6 Chèques de la formule souhaitez, ou virement en totalité

Renseignement Flora : 0692 65 36 26.

bouillondaventures@orange.fr - www.bouillon-daventures.com

DEMANDE DE LICENCE PRATIQUANT

Association ou Structure :
N° affiliation :
N° licence (si vous avez déjà été adhérent à la Fédération Française Sports pour Tous) :

Mme M. Nom :
Nom de naissance : Prénom :
Né(e) le [] [] [] [] [] Nationalité : Catégorie : -18 ans Né(e) après le 31/12/2005
 + 18 ans Né(e) avant le 01/01/2006
Pays de naissance : Code Postal de naissance [] [] [] [] [] Ville de naissance :
Adresse :
Code Postal [] [] [] [] [] Ville : Pays :

Courriel :
RAPPEL Votre licence Sports pour Tous est 100 % numérique. Votre adresse courriel est donc indispensable pour la recevoir et pour accéder à votre Espace licencié.



Tél. 1 [] [] [] [] [] [] [] [] Tél. 2 [] [] [] [] [] [] [] []

- Je suis bénévolement engagé(e) dans mon Association et/ou mon Comité Sports pour Tous, en dehors de ma pratique sportive :
 Je souhaite recevoir la newsletter fédérale :
 J'accepte d'être contacté(e) par les partenaires de la Fédération :

Activité(s) pratiquée(s)

- Activités Gymniques d'Entretien et d'Expression Arts Énergétiques Activités de Pleine Nature
 Jeux d'Opposition Jeux Sportifs Activités Aquatiques

Activité(s) précise(s) :

DISPOSITIF DU MINISTÈRE DES SPORTS : CONTRÔLE D'HONORABILITÉ DES ENCADRANTS SPORTIFS

Si j'accède à des fonctions d'éducateur sportif et/ou de dirigeant de Club, je dois impérativement souscrire une licence « Cadre Technique » ou « Dirigeant » afin de permettre à l'État de contrôler l'obligation d'honorabilité de tous les éducateurs bénévoles et dirigeants au sens de l'article L212-9 du Code du Sport.



NOTICE D'INFORMATION ASSURANCE 2023/2024

(Résumé du contrat MAIF multirisques et Assistance n° 4532082R – document non contractuel)



La licence vous assure uniquement pendant la pratique des sports de la Fédération, dans tous les Clubs Sports pour Tous :
1/ contre les conséquences financières des dommages corporels et matériels que vous causez à des tiers (garantie Responsabilité Civile obligatoire) ;
2/ contre les conséquences pécuniaires des dommages corporels dont vous êtes victime (garanties Accident Corporel facultatives).

SELON L'OPTION CHOISIE, VOUS BÉNÉFICIEZ DES GARANTIES CI-DESSOUS :

Accidents Corporels	Garantie de base Pratiquant (comprise dans la licence)	GARANTIES OPTIONS COMPLÉMENTAIRES <small>(bulletin d'adhésion disponible sur le site Internet fédéral, rubrique « Nos services » Assurances ou en cliquant ici)</small>	
		Option 1	Option 2
Décès	12 500 €	30 000 €	45 000 €
Invalidité Permanente	25 000 € <small>Capital réduit selon le taux d'invalidité</small>	45 000 € <small>Capital réduit selon le taux d'invalidité</small>	76 000 € <small>Capital réduit selon le taux d'invalidité</small>
Frais médicaux/pharma/ chirurgicaux	Forfait 760 € <small>Par sinistre, dans la limite des frais justifiés, après intervention Sécurité Sociale, mutuelles et autres assurances</small>	Forfait 1 500 €	Forfait 1 500 €
Hospitalisation	Prise en charge intégrale du forfait hospitalier		
Soins dentaires et prothèses	150 € <small>Montant maximum par dent, dans la limite des frais réels, hors intervention Sécurité Sociale, mutuelles et autres assurances</small>	300 €	450 €
Optique	150 € <small>Montant maximum par sinistre et par équipement, hors intervention Sécurité Sociale, mutuelles et autres assurances</small>	300 €	450 €
Indemnités journalières Allocations quotidiennes (franchise 5 jours) Frais de remise à niveau scolaire	Néant	30 €	45 € <small>Par jour avec un maximum de 365 jours sur justificatif de pertes réelles nettes de revenu</small>
MAIF Assistance	Rapatriement et transport sanitaire suite à accident ou maladie : frais réels Frais d'hospitalisation à l'étranger : maximum 80 000 € Attention, aucune prestation ne sera prise en charge par MAIF Assistance sans son accord préalable		

⚠ Les garanties souscrites prennent effet le jour où vous avez effectué l'ensemble des formalités d'adhésion à la licence et réglé la totalité des sommes dues à ce titre.

J'atteste avoir été informé(e) de l'intérêt que présente la souscription d'un contrat d'assurance de personne couvrant les dommages corporels auxquels la pratique sportive peut m'exposer (art. L321-4 du Code du Sport). Dans ce cadre, je déclare avoir pris connaissance et compris les modalités d'assurance présentées dans la notice d'information assurance consultable depuis le site Internet fédéral, rubrique « Nos services » Assurances ».

La souscription d'une option complémentaire 1 à 25 € TTC ou 2 à 35 € TTC se fait à l'aide du bulletin d'adhésion à remplir directement en ligne depuis le site Internet fédéral, rubrique « Nos services » Assurances » ou en cliquant ici (paiement en ligne via CB).

J'ai pris note de la possibilité de souscrire à l'une des garanties d'assurance Accident Corporel facultatives proposées avec ma licence. Le prix de la garantie de base comprise dans ma licence est de 0,23 € TTC, je peux ne pas y adhérer et le signifier à mon Club en lui transmettant le formulaire de refus des garanties d'assurances prévu à cet effet.

PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION OU DIRIGEANT DE LA STRUCTURE

- En tant que Président de l'Association ou Dirigeant de la Structure, je confirme le bien-fondé de cette demande de licence auprès de la Fédération Française Sports pour Tous.

LICENCIÉ

- En cochant cette case, je déclare sur l'honneur que les renseignements ci-dessus sont exacts et certifie mon choix de souscrire une licence à la Fédération Française Sports pour Tous. Dans ce cadre, je m'engage à en respecter les statuts et règlements.

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON
2022-2023**

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. Elle sera détruite en 2021. Merci de nous indiquer tout changement en cours de séjour.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	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 ? 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?

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

Allergies: ASTHME oui non ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler).

En cas de régime alimentaire, précisez :

SANS VIANDE

SANS PORC

Indiquez ci-après:

Les difficultés de santé (maladie, accident, comportement particulier, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

Recommandations utiles des parents:

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc. Précisez.

BAIGNADE : SAIT NAGER SE DEBROUILLE NE SAIT PAS NAGER

Observations diverses :

4 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail : _____

Père : domicile : portable : travail : _____

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.

Médecin traitant :

Nom: _____ Tél : _____

N° de sécurité sociale de l'enfant : _____

Date :

Signature:



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE/IBAN

RIB - identifiant national de compte

National Bank Account Number

ETABLISSEMENT	GUICHET	N°COMPTE	CLÉ RIB	DOMICILIATION
20041	01021	0271405Y018	27	ST DENIS CENTRE FINANCIER

IBAN - Identifiant international de compte

International Bank Account Number

BIC - Identifiant international de l'établissement

Bank Identifier Code

FR0720041010210271405Y01827	PSSTFRPPSDR
-----------------------------	-------------

TITULAIRE DU COMPTE

Account Owner

BOUILLON D AVENTURES

LA MARE

13 IMPASSE DES PALMIERS

97414

ENTRE DEUX