

**L'ENFANT**

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....  
 Age : ..... Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....  
 Garçon  Fille   
 Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

Pratique-t-il une activité sportive ou culturelle ?  Oui  Non  
 Si oui, laquelle ? .....  
 Licencié dans un club ?  Oui  Non  
 Si oui, lequel ? .....

**LES PARENTS**

Responsable 1	Responsable 2
Qualité : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur(trice)	Qualité : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur(trice)
Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....
Code postal : ..... Ville : .....	Code postal : ..... Ville : .....
Téléphone où l'on peut vous joindre : Tél. : ..... Portable : .....	Téléphone où l'on peut vous joindre : Tél. : ..... Portable : .....
Email : .....	Email : .....
Profession : .....	Profession : .....

Les deux parents sont-ils titulaires pleinement et conjointement de l'autorité parentale ?  
 Oui (en cas de décision de justice limitant l'autorité parentale, joindre la copie de l'acte correspondant)  
 Non (joindre **obligatoirement** la copie du justificatif correspondant : décision de justice...)

Affilié(e) au régime :  Régime général (sécurité sociale)  
 M. S. A.  
 C. A. F.  
 Autre (SNCF, GDF, EDF, RATP...)

Mon enfant est assuré en responsabilité civile  Et / ou en individuelle accident   
 Auprès de la compagnie ou mutuelle : .....  
 Pour l'année scolaire : .....

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX**

---

Allergies :

Médicamenteuses :  Oui  Non

Asthme :  Oui  Non

Alimentaires :  Oui  Non

Autres :  Oui  Non

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....  
.....

Indiquer les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....  
.....

Votre enfant porte-t-il des lunettes  Oui  Non

Votre enfant porte-t-il des prothèses auditives et/ou dentaires  Oui  Non

Questionnaire de santé

J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement  Oui  Non

**AUTORISATIONS**

---

J'autorise mon enfant à prendre le minibus s'il y a lieu  Oui  Non

J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité  Oui  Non

J'accepte que mon enfant soit photographié ou filmé pendant les activités sportives ou culturelles.

Le document pourra être utilisé sur différents supports de communication :  Oui  Non

Les enfants sont sous la responsabilité de la commune du début à la fin de l'activité.

La responsabilité des éducateurs est dérogée en dehors des heures de l'activité.

Je soussigné, ....., responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables des activités à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.

Fait à ....., le .....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

**Questionnaire de santé**

**Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :** il est préférable que ce questionnaire soit complété par l'enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t'il examiné(e) pour te conseiller ? ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, il n'y pas de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es  une fille,  un garçon      Ton âge :      ans

<b>Depuis l'année dernière</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?		
As-tu été opéré(e) ?		
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?		
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?		
As-tu eu la tête qui tourne pensant un effort ?		
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé(e) sans te souvenir de ce qui s'était passé ?		
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé(e) à interrompre un moment une séance de sport ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?		
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?		
As-tu eu mal à la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?		
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?		
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?		
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Tu te sens très fatigué(e) ?		
Tu as du mal à t'endormir ou tu te réveilles souvent dans la nuit ?		
Tu sens que tu as moins faim ? que tu manges moins ?		
Tu te sens triste ou inquiet ?		
Pleures- tu souvent ?		
Tu ressens une douleurs ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?		
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?		
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?		
Souhaites tu signaler quelque chose de plus concernant te santé ?		
<b>Question à faire remplir par tes parents</b>		
Quelqu'un dans votre famille proche, a-t'il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il mort subitement avant l'âge de 50 ans ?		
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?		
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? <i>(Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans.</i>		

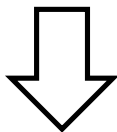
Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite donne lui ce questionnaire rempli.

Dans le cadre de ma participation aux activités physiques et sportives des tickets loisirs, je soussigné atteste avoir rempli le questionnaire de santé ci-après.

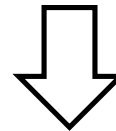
Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation à la commune de Marmande « La Maison des Sports et Culture » au sein de laquelle je sollicite mon inscription.

*J'ai répondu NON à  
chacune des rubriques  
du questionnaire*

*J'ai répondu OUI à  
chacune des rubriques  
du questionnaire*



*Dans ce cas : je transmets la présente  
attestation à la commune de Marmande  
au sein de laquelle je sollicite  
le renouvellement de mon inscription*



*dans ce cas : je suis informé que je  
doit produire un certificat médical  
datant de moins de 6 mois et  
attestant l'absence de contre  
indication à la pratique sportive*

Nom et prénom du mineur :

Signature :

Date (jj/mm/aaaa) :

Fait à :

**Attestation du représentant légal :**

Nom et prénom du représentant légal :

Signature :

Date (jj/mm/aaaa) :

Fait à :

J'accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement Oui Non

*\*Questionnaire applicable dans le cadre du renouvellement de l'inscription aux Ticket Loisirs  
Uniquement lorsque l'enfant est mineur.*

La « **Maison des Sports et Culture** » communément appelé « Tickets Loisirs » est un accueil de loisirs municipal à caractère sportif et culturel. Elle a pour vocation d'initier vos enfants à la pratique sportive, à la découverte d'activités culturelles.

Elle fonctionne à la séance matin ou / et après-midi, sans hébergement, parfois à la journée suivant la programmation et organise ponctuellement des mini-séjours spécifiques (3, 4 et 5 jours).

Elle accueille vos enfants de 6 à 17 ans révolus pendant les vacances scolaires de Toussaint, Hiver, Printemps, Eté (sauf celles de Noël).

Une équipe de personnels qualifiés et diplômés organise et encadre ces activités dans le cadre du projet pédagogique propre à chaque structure.

La « **Maison des Sports et Culture** » est habilitée par la Direction Départemental de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations et donc soumise à une réglementation d'encadrement et de projet éducatif. Pour participer à ces ateliers sportifs et culturels payants, l'inscription est obligatoire, valable une année et les documents suivants sont à fournir.

- Un justificatif de domicile (quittance de loyer, facture téléphone, EDF...)
- Un certificat médical pour la pratique des activités sportives uniquement
- Une photocopie du carnet de vaccination à jour (DT Polio)
- Une autorisation parentale (à remplir au verso)
- Une photo d'identité
- La photocopie du dernier avis imposition
- Un numéro d'allocataire CAF s'il y a lieu

#### Tarifs

(Tarifs définis depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2017 – Tickets Loisirs à l'unité)

#### Contribuable sur Marmande :

- QF < 300 0,50 € / ticket
- 301 < QF < 600 1,00 € / ticket
- 601 < QF < 900 1,50 € / ticket
- 901 < QF < 1 200 2,50 € / ticket
- QF > 1 201 3,00 € / ticket

#### Non contribuable à Marmande :

- Extérieur 5,00 € / ticket

1 ticket sera demandé à chaque participation des enfants aux séances sportives et culturelles  
2 tickets seront demandés lors des sorties sur la journée

#### Inscriptions

S'adresser au **Service des Sports – 48, avenue du Général Leclerc – 47200 Marmande**

Ouvert du lundi au Jeudi de 8h30 à 11h30 et de 14h30 à 17h – Vendredi à 8h30-11h et de 14h à 17h

Sur place ou par téléphone au **05 53 93 35 22**

#### Charles CILLIERES

Premier Adjoint au Maire  
Chargé des Sports

#### Philippe PESO

Directeur de la Maison des Sports et Culture

« La mairie de Marmande collecte auprès de vous des données à caractère personnel aux fins de permettre l'inscription de votre(vos) enfant(s) aux activités sportives et culturelles. Le traitement se fonde sur l'exécution de la mission d'intérêt public faite à la mairie (art.6.1 du RGPD). Les données à caractère personnel seront conservées une année et le cas échéant, pour toute la durée du recouvrement des sommes dues. Les photographies auxquelles vous avez pu consentir seront conservées une année (hors publication). Le service des Sports est seul destinataire de ces données.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, 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 également vous opposer au traitement de vos données.

Vous disposez également du droit de définir les directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au délégué à la protection des données de la commune de Marmande, en justifiant de votre identité par tout élément permettant de l'attester, par email à [dpo@mairie-marmande.fr](mailto:dpo@mairie-marmande.fr) ou par courrier à destination du délégué à la protection des données de la Mairie de Marmande : DPO – Place Georges Clémenceau- 47200 MARMANDE

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL – 3 place de Fontenoy – TSA80715 – 75334 PARIS Cedex ou [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).