

## MAISON DES SPORTS ET CULTURE - TICKETS LOISIRS

### PREAMBULE

---

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 sportifs spécifiques.

Elle accueille vos enfants de 6 à 17 ans révolus pendant les vacances scolaires d'**octobre Automne, d'Hiver, de Printemps et d'Été (sauf celles de fin d'année)**.

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 le Service Départemental à la Jeunesse, à l'Engagement et aux Sports 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.

### 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
602 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 (ou plus) tickets pourront être demandés lors des sorties sur la journée

### INSCRIPTION ET INFORMATIONS

---

Inscription auprès de la **Direction des Sports du lundi au vendredi de 8h à 12h00 et de 13h30 à 17h00.**

Par mail à [educateursport@mairie-marmande.fr](mailto:educateursport@mairie-marmande.fr)

Par téléphone : **05 53 93 30 30**

### PIÈCES À FOURNIR

---

- Fiche d'adhésion
- La Fiche Sanitaire
- La photocopie du carnet de vaccination à jour
- Le Questionnaire de Santé (ou à défaut un Certificat Médical d'Absence de Contre-Indication de moins de 6 mois) – Uniquement pour les activités sportives
- La photocopie du dernier avis imposition des parents
- Un justificatif de domicile (datant de moins de 3 mois)
- Attestation d'assurance extra-scolaire

## FICHE ADHESION MAISON DES SPORTS ET CULTURE - TICKETS LOISIRS

### L'ENFANT

Nom : Prénom :  
Date de naissance : Âge : Lieu de naissance :  
Genre :  Garçon  Fille

### RESPONSABLES DE L'ENFANT

Mère (ou représentante légale)	Père (ou représentant légal)
Nom : Prénom : Adresse :	Nom : Prénom : Adresse :
Tél. 1 :	Tél. 1 :
Email :	Email :

### PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :  
Tél. 1 : Tél. 2 :

### AUTORISATIONS

J'autorise l'enfant à prendre le minibus s'il y a lieu :  Oui.  Non  
J'autorise l'enfant à rentrer seul après l'activité :  Oui.  Non  
J'autorise la Direction des Sports à me transmettre des informations par mail :  Oui.  Non

L'enfant est sous la responsabilité de la commune de Marmande ou d'un de ses partenaires dûment habilité du début à la fin de l'activité.

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

Je soussigné,  
Responsable légal de l'enfant,

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Lu et approuvé  
Signature

## **AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE ET DE LA VOIX D'UNE PERSONNE MINEURE**

---

La présente autorisation est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de l'enregistrement, la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image des mineurs engagé dans le cadre du Tickets Loisirs (photographie, vidéo, voix) quel que soit le procédé envisagé. Elle est formulée dans le cadre du projet, les objectifs ont été préalablement expliqués aux jeunes concernés et leurs responsables légaux.

Cette autorisation est valable pour une durée de 3 ans.

Elle est consentie à titre gratuit et par effet sans contrepartie financière.

Les participants et leurs représentants légaux consentent à l'utilisation de l'image, prise de vue et de la voix. Les droits d'image et d'auteur, les droits de production et d'exploitation sont cédés à la Commune de Marmande.

Usages possibles : usage collectif dans les structures concernées par le projet, projection collective à l'occasion d'événements spécifiques portés par la commune ou un de ses partenaires associatifs, en ligne (site web et réseaux sociaux), publications (magazines, flyers, plaquettes...) ...

### **Accord du participant**

Nom et prénom de l'enfant :

- il m'a été expliqué et j'ai compris les objectifs de ce dispositif
- il m'a été expliqué et j'ai compris qui pourrait voir cet enregistrement, les prises de vue...
- je donne mon accord pour que l'on enregistre ou capte mon image, ma voix
  
- je ne donne pas mon accord pour que l'on enregistre ou capte mon image, ma voix

Fait à

le

Signature

### **Autorisation du représentant légal**

Je (nous) soussigné(e)(s) :

Demeurant à :

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de :

Je (nous) reconnais(sons) être entièrement investi de mes droits civils à son égard. Je (nous) reconnais(ons) expressément que le mineur que je (nous) représente(ons) n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image et/ou de sa voix, voire de son nom.

- je (nous) donne(ons) mon (notre) accord pour la captation de l'image, de la voix de l'enfant et de l'utilisation qui en sera faite

Fait à

le

Signature

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il est pris en charge dans le cadre des activités. Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

### ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Genre :  Garçon  Fille Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

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

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins facultatifs	Oui	Non	Dernier rappel
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ?  Oui  Non

Si oui, joindre le **Protocole d'Accueil Individualisé** (PAI) et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origines, avec la notice, et marqués au nom de l'enfant). **ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.**

Allergies	Oui	Non	Allergies	Oui	Non
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

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

### RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

### RESPONSABLE LEGAL(E)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_\_\_  
 Nom et téléphone du ou de la médecin traitant (facultatif) : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : \_\_\_\_\_  Lu et approuvé

Signature

## QUESTIONNAIRE DE SANTE POUR DES ADHERENTS MINEURS (PARTIE RESERVEE AUX ADHERENTS POUR LA PRATIQUE AUX ACTIVITES SPORTIVES)

### Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :

Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre 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.

<b>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, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.</b>		
Tu es      une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/> //      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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)</b>		
Te sens-tu très fatigué (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aujourd'hui</b>		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Questions 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 décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

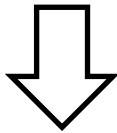
## ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE (PARTIE RESERVEE AUX ADHERENTS POUR LA PRATIQUE AUX ACTIVITES SPORTIVES)

---

Dans le cadre de ma participation aux activités physiques et sportives proposées aux Tickets Loisirs, je soussigné atteste avoir rempli le questionnaire de santé ci-après.

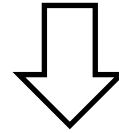
Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation à la Commune de Marmande au sein de laquelle je sollicite mon adhésion.

*J'ai répondu NON 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*

*J'ai répondu OUI à  
une ou plusieurs rubriques  
du questionnaire*



*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 de l'enfant mineur :

Signature :

Fait le :

À :

### **Attestation du représentant légal :**

Nom et prénom du représentant légal :

Signature :

Fait le :

À :