



CENTRE MULTISPORTS

OCT/NOV 2019

DU

28 au 31 octobre 2019

4 au 8 novembre 2019

24ème STAGE



DOSSIER D'INFORMATIONS ET D'INSCRIPTION



BP 380512 TAMANU TEL/FAX 40426433 VINI 87781127
tainanatation@mail.pf SITE: www.tainanatation.pf

LES PROGRAMMES

SEMAINE DU 28 AU 31 OCTOBRE 2019

| | Lundi 28 | Mardi 29 | Mercredi 30 | Jeudi 31 | Vendredi 1 |
|--------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|------------|
| 7h30 à 9h | ACCUEIL MUSEE DES ILES | ACCUEIL MUSEE DES ILES | ACCUEIL MUSEE DES ILES | ACCUEIL MUSEE DES ILES | |
| | PADDLE | JEUX COLLECTIFS | FOOTBALL | A L'ABORDAGE | FERIE |
| 12h à 13h | REPAS AU MUSEE DES ILES | REPAS AU MUSEE DES ILES | REPAS AU MUSEE DES ILES | REPAS AU MUSEE DES ILES | |
| 13h à 14h | REPOS Lecture jeux de sociétés | REPOS Lecture jeux de sociétés | REPOS Lecture jeux de sociétés | REPOS Lecture jeux de sociétés | |
| | BADMINTON | LAZER GAME | ECHECS | CINEMA | FERIE |
| 16h30 à 17h | RETOUR AU MUSEE DES ILES | RETOUR AU MUSEE DES ILES | RETOUR AU MUSEE DES ILES | RETOUR AU MUSEE DES ILES | |

SEMAINE DU 4 AU 8 NOVEMBRE 2019

| | Lundi 4 | Mardi 5 | Mercredi 6 | Jeudi 7 | Vendredi 8 |
|--------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| 7h30 à 9h | ACCUEIL MUSEE DES ILES | ACCUEIL MUSEE DES ILES | ACCUEIL MUSEE DES ILES | ACCUEIL MUSEE DES ILES | ACCUEIL MUSEE DES ILES |
| | TIR A L'ARC | TENNIS | JEUX COLLECTIFS | 8H RANDONNEE | 8H VOILE |
| 12h à 13h | REPAS AU MUSEE DES ILES | REPAS AU MUSEE DES ILES | REPAS AU MUSEE DES ILES | REPAS AU MUSEE DES ILES | REPAS A LA VOILE |
| 13h à 14h | REPOS Lecture jeux de sociétés | REPOS Lecture jeux de sociétés | REPOS Lecture jeux de sociétés | REPOS Lecture jeux de sociétés | REPOS Lecture jeux de sociétés |
| | BADMINTON | JUDO | LAZER GAME | JEUX AQUATIQUES | VOILE |
| 16h30 à 17h | RETOUR AU MUSEE DES ILES | RETOUR AU MUSEE DES ILES | RETOUR AU MUSEE DES ILES | RETOUR AU MUSEE DES ILES | RETOUR AU MUSEE DES ILES |

Pour des raisons de sécurité ou dans le cas de conditions météorologiques défavorables, le directeur des centres se réserve le droit de modifier les programmes.



ATTENTION DEPART A 8H
POUR LA RANDONNEE
ET LA VOILE

LES TARIFS

(Nombre de jours sur la même semaine)

23.000 Fcp (5 jours)

21.000 Fcp (4 jours)

18.000 Fcp (3 jours)

12.000 Fcp (2 jours)

6.000 Fcp (1jour)

Ces tarifs comprennent :

Le matériel pour les activités, ***l'eau*** pour la journée, ***les repas*** servis à table avec une entrée un plat un dessert et ***le goûter*** de fin de journée.



LA NAVETTE

La navette est un service mis en place pour les parents ne souhaitant pas déposer ou récupérer leur enfant sur notre lieu d'accueil pointe des pêcheurs.

Départ à 7h45 du parking de la piscine Taina
Retour à 16h45 sur le parking de la piscine Taina

Tarif :1500Fcp pour les 5 jours (300 Fcp/jour)



PREVOIR DANS SON SAC

- PROTECTION SOLAIRE (CREME, CASQUETTE, LUNETTES, TEE SHIRT, LYCRA)
- DU CHANGE ET CHAUSSURES ADAPTEES EN FONCTION DES ACTIVITES
- MAILLOT DE BAIN ET BONNET OBLIGATOIRE POUR LA PISCINE

LIEU D'ACCUEIL ET RETOUR



Feuille d'inscription

Je soussigné (Mr, Mme, Mlle)

Souhaite inscrire mon enfant:

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

ADRESSE MAIL:.....

au centre multisports de TAINA NATATION qui se déroulera du:



28 au 31 octobre 2019



4 au 8 novembre 2019

Si à la journée nombre de jours et quel(s) jour(s):

CARTE MULTISPORTS : OUI NON

NAVETTE : OUI NON (1500Fcp la semaine)

Au tarif de :

(Nombre de jours sur la même semaine)

23.000 Fcp (5 jours)

21.000 Fcp (4 jours)

18.000 Fcp (3 jours)

12.000 Fcp (2 jours)

6.000 Fcp (1 jour)

Mon enfant est couvert par une assurance en responsabilité civile
couvrant ses activités extra scolaires.

Assureur:

N° assurance:

Validité: du:au:.....

Personnes à prévenir en cas d'accident

Nom:.....

Tél: (entre 7h30 et 17h)

Observations importantes à signaler au responsable

(Si rien de particulier noter RAS)

.....

Fait à Le/ 2019

Signature



Direction de la jeunesse et des sports
BP 67 – 98713 PAPEETE-TAHITI
Tél : 40.50.18.88 – Fax : 40.42.14.66
Email : secretariat@jeunesse.gov.pf
Site : www.djs.pf



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour du mineur dans un centre de vacances ou de loisirs. Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé.

NOM du mineur : _____ Prénom du mineur : _____
Date et lieu de naissance : _____ Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐
Ecole : _____ Classe : _____ DN : _____

**LA DUREE DE VALIDITE DE CETTE FICHE SANITAIRE DE LIAISON EST DE UN AN.
ELLE DOIT ETRE REMPLIE PAR LES PARENTS OU LE RESPONSABLE LEGAL DU MINEUR.**

VACCINATIONS

Les vaccins obligatoires sont : ☐ à jour ☐ non à jour

- Joindre une copie du carnet de santé (pages vaccinations).

ou

- En cas de perte du carnet de santé, faire viser ce document par votre médecin traitant ou le centre de médecine scolaire ou le dispensaire de votre localité.

Date : _____ Tampon et Visa du centre : _____

I. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ETAT DE SANTE DU MINEUR

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 du mineur avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Quel est son médecin ou son dispensaire habituel ?

NOM : _____ Lieu d'exercice : _____ N° téléphone : _____

Le mineur a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

☐ Asthme ☐ R.A.A. ☐ Epilepsie (ou autre malaise) avec risque de perte de connaissance
☐ Otite moyenne chronique ☐ Diabète ☐ Autres : _____

Quels sont les précautions à prendre et les soins éventuels à apporter :

A-t-il été malade ces 6 derniers mois ?

Précisez :

☐ Oui ☐ Non

A-t-il été opéré ces 6 derniers mois ?

Précisez :

☐ Oui Date : _____ ☐ Non

A-t-il des allergies (alimentaires, médicamenteuses ou autres) ? ☐ Oui

☐ Non

Si oui, précisez le type d'allergie, la cause, les signes apparents et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

II. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Votre enfant présente-t-il :

- ☐ **Un handicap physique** limitant ses activités, son autonomie ou nécessitant un appareillage, un accompagnement spécifique ? Précisez :
- ☐ **Un handicap mental** nécessitant une prise en charge spécifique ? Précisez :
- ☐ **Un handicap sensoriel** (troubles de la vision, difficultés auditives nécessitant un appareillage) ? Précisez :
- ☐ **Un trouble du caractère, du comportement et/ou des difficultés d'adaptation ?**
Si oui, fait-il l'objet d'un suivi particulier (psychologue scolaire, pédopsychiatre, orthophoniste, psychomotricien) ?
 Précisez le traitement en cours selon les dernières recommandations du médecin sans oublier de fournir les médicaments prescrits et la copie de l'ordonnance :

III. ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES

- Le mineur peut-il pratiquer toutes les activités physiques ou sportives proposées lors du séjour ?
☐ Oui ☐ Non
 Si non, précisez lesquelles :

S'il s'agit d'une maladie ou d'un handicap, joindre un certificat de contre indication à la pratique de ces activités physiques ou sportives (l'enfant ne doit pas y participer).

IV. AUTRES RECOMMANDATIONS UTILES :

- | | | | |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------------------|
| • Le mineur porte-t-il des lunettes ou des lentilles ? | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | <input type="checkbox"/> A l'occasion |
| • Est-il muni d'un appareil dentaire ou auditif ? | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | |
| • A-t-il des difficultés de sommeil ? | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | |
| • L'enfant mouille-t-il son lit ? | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | |
| • L'enfant sait-il nager ? | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | |
| • S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | |

Avez-vous des recommandations particulières à signaler :

RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : _____ Lieu de résidence : _____ N° téléphone : _____

Je soussigné(e), responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable du centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature du responsable légal :

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SEJOUR :

Par le médecin : _____

Par l'assistant sanitaire : _____

(Indiquer le nom, l'adresse, le téléphone du médecin et/ou de l'assistant sanitaire qui portent les observations)