

### Inscriptions

au Gymnase Guy Môquet, rue Édouard Poisson Tél. :  
01.48.33.52.56 (Gymnase Guy Môquet)  
Le lundi 3 avril de 9 h 30 à 12 h  
Les autres jours : de 9 h à 9 h 30 et de 17 h à 18 h

### Documents à fournir lors de l'inscription :

- 2 photos
- Fiche de renseignements dûment remplie
- Certificat médical
- Adhésion : 3,10 €

### IMPORTANT !

Tout dossier incomplet sera refusé  
La carte d'adhésion sera valable jusqu'au 4 août 2017.

Prévoir une tenue de sport adaptée à l'activité.

Afin de ne pas perturber le bon déroulement des activités, merci de respecter les horaires d'accueil suivants :

- Matin : 9 h à 9 h 30
- Après-midi : 13 h 30 à 14 h 30
- De 17 h à 18 h : inscription pour les activités journées payantes du lendemain.

### Horaires retour des activités :

- Matin : 12 h
- Après-midi : 17 h

### Activités payantes :

Five, Bowling, Vague surf, Patinoire, Space jump  
Accrobranche, BMX, Escalade, Équitation Participation  
financière : 1,50 €

Prévoir 2 tickets de transport demi-tarif pour : Bowling,  
Patinoire, BMX, Escalade, Équitation

Direction municipale des Sports : 01.43.52.22.42

# TONUS

*Vacances de printemps 2016*

# TONUS

*Vacances de printemps  
du 3 au 14 avril 2017  
10 - 17 ans*

  
AUBERVILLIERS

Gymnase Guy Môquet, rue Édouard Poisson - Tél. : 01.48.33.52.56

## Planning Tonus - Printemps 2017

	Lundi 3 avril	Mardi 4 avril	Mercredi 5 avril	Jeudi 6 avril	Vendredi 7 avril
Matin	- Inscription et activités Multisports	- Step - Kinball - Tennis	- Tennis de table - Street workout - Sport de combat	- Zumba - Basket - Accrosport	- Activité du cirque - Badminton - Boxe
Après-midi	- Patinoire - Bowling - Handball - Free run - Athlétisme	- Activité Nautique - Hockey - Jeux d'opposition	- Five - Free Run - Ultimate	- Patinoire - Bowling - Roller	- Thèque - Hockey sur rollers - Boxe
journée		- Accrobranche	- Space Jump - Sortie VTT (10 - 13 ans)	- Sortie VTT (14 - 17 ans)	- Accrobranche

Ce planning pourra être modifié selon certaines opportunités et en fonction des conditions météorologiques.

## Planning Tonus - Printemps 2017

	Lundi 10 avril	Mardi 11 avril	Mercredi 12 avril	Jeudi 13 avril	Vendredi 14 avril
Matin	- Multisports	- Tennis de table - Dodge Ball - Zumba	- Socley - Badminton - Simulation de combat	- Tournoi Team Five (10 - 13 ans) - Volley Ball - Gymnastique	- Thèque - VTT préparation triathlon - Handball
Après-midi	- Bowling - Foot salle - Bumball	- Patinoire - Handball - Expression corporelle	- Five - Basket - Course d'orientation	- Patinoire - Bowling - Tournoi team five (10 - 13 ans)	- Triathlon
journée	- Vague Surf	- Sortie VTT (14 - 17 ans)	- Sport en mixte	- Vague Surf	

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

**Enfant :** .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Pole Jeunesse et Sports. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### 1 - VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
<b>Diphtérie</b>				<b>Coqueluche</b>	
<b>Tétanos</b>				<b>Hépatite B</b>	
<b>Poliomyélite</b>				<b>Rubéole, Oreillons, Rougeole</b>	
<b>Ou DT Polio</b>				<b>Autres</b>	
<b>Ou Tétracoq</b>				<b>BCG</b>	

### 2 - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE 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 de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

### L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

**Asthme** Oui  Non  **Alimentaires** Oui  Non

**Médicamenteuses** Oui  Non  **Autres (animaux, plantes, pollen)** Oui  Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....  
 .....

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION TONUS 2017 (CARTE D'ADHÉSION VALABLE JUSQU'AU 4 AOUT 2017)

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

Oui  Non  .....

.....

### L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes

<b>Rubéole</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Varicelle</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Angine</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Scarlatine</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Coqueluche</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Otite</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Rougeole</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	<b>Oreillons</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

### 3 - RECOMMANDATIONS UTILES SUR L'ENFANT :

**Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, enurésie nocturne :** .....

.....

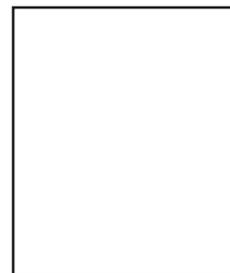
### 4 - CERTIFICAT MÉDICAL PRÉALABLE À LA PRATIQUE DU SPORT

**Je soussigné docteur** ..... certifie avoir examiné l'enfant .....

né(e) le ..... et n'avoir constaté à la date de ce jour de signes cliniques apparents contre-indiquant la pratique d'activités physiques et sportives (nautiques, plein air, motorisées, combat).

Cachet et signature du médecin

**Nom :** .....  
**Prénom :** ..... **Sexe :** F  M  .....  
**Adresse mail :** .....  
**Age :** .....  
**Né(e) le :** .....  
**Adresse :** .....



---

**Établissement scolaire :** ..... **Classe :** .....

**Responsables de l'enfant :**

**Mère : Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Tél. portable :** ..... **Dom. :** ..... **Prof. :** .....

**N° Sécurité sociale :** ..... **CMU :** OUI  NON

**Père : Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Adresse :** .....

**Tél. portable :** ..... **Dom. :** ..... **Prof. :** .....

**N° Sécurité sociale :** ..... **CMU :** OUI  NON

---

**Noms et coordonnées de l'assurance des parents** .....

---

**Personne à prévenir en cas d'urgence :**

**Nom, prénom :** ..... **Lien de parenté** .....

**Adresse :** .....

**Numéro de téléphone :** .....

---

**Information complémentaires**

**Personnes autorisées à venir récupérer mon enfant :**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Lien de parenté :** ..... **Tél. :** .....

Autorise les responsables du dispositif Tonus à faire le nécessaire en cas d'urgence auprès des autorités compétentes (médecin, hospitalisation, urgence). OUI  NON

Autorise le dispositif Tonus, dans le cadre des activités proposées et des conditions du strict respect du droit à l'image, à la reproduction et à la diffusion à but non commercial de photographies de mon enfant (blog, site de la ville et Auber mensuel OUI  NON ).

---

Autorise mon enfant à rentrer seul à la maison à la fin de l'activité : OUI  NON

Date et signature (obligatoire) A .....

Le ..... / ..... / .....