



# CENTRE MULTISPORTS OCTOBRE/NOVEMBRE 2024

**A PARTIR DE 5 ANS 1/2**

**DU**

**28 au 31 octobre 2024**  
**4 au 8 novembre 2024**

**84ème STAGE**

**DOSSIER  
D'INFORMATIONS ET D'INSCRIPTION**



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

# LES PROGRAMMES

## SEMAINE DU 28 AU 31 OCTOBRE 2024

	Lundi 28	Mardi 29	Mercredi 30	Jeudi 31	Vendredi 1
7h30 à 9h	ACCUEIL MUSEE DES ILES				
	PADDLE	BADMINTON	JEUX COLLECTIFS	8H RANDONNEE	FERIE
12h à 13h	Repas au musée des îles				
13h à 14h	Repos lecture Jeux de sociétés				
	JUDO	ESCRIME	CINEMA	LAZER GAME	FERIE
16h30 à 17h	RETOUR MUSEE DES ILES				

## SEMAINE DU 4 AU 8 NOVEMBRE 2024

	Lundi 4	Mardi 5	Mercredi 6	Jeudi 7	Vendredi 8
7h30 à 9h	ACCUEIL MUSEE DES ILES				
	TAEKWONDO	8H RANDONNEE	PIROGUE	FOOTBALL	8H VOILE
12h à 13h	Repas au musée des îles	Repas a la voile			
13h à 14h	Repos lecture Jeux de sociétés				
	TENNIS	PING PONG	JEUX COLLECTIFS	SURF	VOILE
16h30 à 17h	RETOUR 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 8H POUR LA RANDONNEE ET LA VOILE**

## LES TARIFS

(Nombre de jours pour 1 enfant sur la même semaine  
Le premier enfant est celui avec le plus de jours)

27.000 Fcp (5 jours) 2° enfant et plus 25.000  
25.000 Fcp (4 jours) 2° enfant et plus 23.000  
21.000 Fcp (3 jours) 2° enfant et plus 19.000  
15.000 Fcp (2 jours) 2° enfant et plus 13.000  
8.000 Fcp (1 jour) 2° enfant et plus 7.000

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.

Après inscription au centre aucun remboursement ne pourra être effectué.

Les absences complètes pour contre-indication médicale (Fournir CM) pourront donner lieu à un report de stage sur une autre semaine.

Les absences incomplètes pour contre-indication médicale (Fournir CM) pourront donner lieu à un avoir en fonction du nombre de jours déjà effectué.

# LA NAVETTE

La navette est un service mis en place au départ de la piscine Taina 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 : 2000Fcp pour les 5 jours (400 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 DE BAIN OBLIGATOIRE POUR LA PISCINE (**pas de short**)

## LIEU D'ACCUEIL ET RETOUR



ROUTE DES  
PLAINES

PONT DE LA  
PUUNARU

STADE DE LA  
PUUNARU

STATION  
SERVICE

LIEU  
D'ACCUEIL

MUSEE DES  
ILES

# Feuille d'inscription

Je soussigné (Mr, Mme) .....

## 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 2024**  
 **4 au 8 novembre 2024**

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

CARTE MULTISPORTS : OUI NON

NAVETTE : OUI NON (2.000Fcp la semaine)

Au tarif de :

(Nombre de jours sur la même semaine)

27.000 Fcp (5 jours) - 2° enfant et plus 25.000 Fcp

25.000 Fcp (4 jours) - 2° enfant et plus 23.000 Fcp

21.000 Fcp (3 jours) - 2° enfant et plus 19.000 Fcp

15.000 Fcp (2 jours) - 2° enfant et plus 13.000 Fcp

8.000 Fcp (1jour) - 2° enfant et plus 7.000 Fcp

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 ...../ 2024

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](mailto:secretariat@jeunesse.gov.pf)  
 Site : [www.djs.pf](http://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) ?

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

**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 ?
- Est-il muni d'un appareil dentaire ou auditif ?
- A-t-il des difficultés de sommeil ?
- L'enfant mouille-t-il son lit ?
- L'enfant sait-il nager ?
- S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?

Oui  Non  
 Oui  Non  
 Oui  Non  
 Oui  Non  
 Oui  Non  
 Oui  Non

A l'occasion

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)