



CENTRE MULTISPORTS

SEPTEMBRE 2025

A PARTIR DE 6 ans

DU
15 au 19 septembre 2025

44ème STAGE

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



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

LE PROGRAMME

SEMAINE DU 15 AU 19 SEPTEMBRE 2025

	Lundi 15	Mardi 16	Mercredi 17	Jeudi 18	Vendredi 19
7h30 à 9h	ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES
	TENNIS	FOOTBALL	8H SURF	JUDO	JEUX COLLECTIFS
12h à 13h	Repas au musée des îles	Repas au musée des îles	Repas a la Pointe Vénus	Repas au musée des îles	Repas au musée des îles
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
	PIROGUE	JEUX AQUATIQUES	CINEMA	WATER POLO	TAHIT BATTLE ARENA
16h30 à 17h	RETOUR MUSEE DES ILES	RETOUR MUSEE DES ILES	RETOUR MUSEE DES ILES	RETOUR MUSEE DES ILES	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 LE SURF

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:

☐ **15 au 19 septembre 2025**

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/ 2025

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) ?

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 ? | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ A l'occasion |
| • Est-il muni d'un appareil dentaire ou auditif ? | ☐ Oui | ☐ Non | |
| • A-t-il des difficultés de sommeil ? | ☐ Oui | ☐ Non | |
| • L'enfant mouille-t-il son lit ? | ☐ Oui | ☐ Non | |
| • L'enfant sait-il nager ? | ☐ Oui | ☐ Non | |
| • S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? | ☐ Oui | ☐ 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)