



CENTRE MULTISPORTS

DU

30 mars au 2 avril 2026

7 au 10 avril 2026

A partir de 6 ans

302° 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 30 mars au 2 avril 2026

	LUNDI 30	MARDI 31	MERCREDI 1	JEUDI 2	 VENDREDI 3
7h30 à 9h	ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES	
	JUDO	TENNIS	8H SURF	JEUX COLLECTIFS	
12h à 13h	Repas au musée des iles	Repas au musée des iles	Repas a la pointe Vénus	Repas au musée des iles	FERIE
13 à 14h	Repos ,lecture jeux de société	Repos ,lecture jeux de société	Repos ,lecture jeux de société	Repos ,lecture jeux de société	
	PIROGUE	JEUX AQUATIQUES	CINEMA	WATER POLO	
16h30 à 17h	RETOUR MUSEE DES ILES	RETOUR MUSEE DES ILES	RETOUR MUSEE DES ILES	RETOUR MUSEE DES ILES	

Semaine du 7 au 10 avril 2026

	LUNDI 6	MARDI 7	MERCREDI 8	JEUDI 9	 VENDREDI 10
7h30 à 9h		ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES
		PADDLE	BOWLING	FOOTBALL	TENNIS
12h à 13h	FERIE	Repas au musée des iles	Repas au musée des iles	Repas au musée des iles	Repas au musée des iles
13 à 14h		Repos ,lecture jeux de société	Repos ,lecture jeux de société	Repos ,lecture jeux de société	Repos ,lecture jeux de société
		WATER POLO	PING PONG	JEUX AQUATIQUES	JEUX COLLECTIFS
16h30 à 17h		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 météo 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 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 (1 jour) 2°enfant et plus 7.000 Fcp

Après inscription aucun remboursement ne pourra être effectué.

Les absences complètes pour contre-indication médicale (fournir CM) pourront donner lieu à un report sur un prochain stage.

Les absences incomplètes pour contre-indication médicale (fournir CM) donneront lieu à un avoir sur un prochain stage en fonction du nombre de jours déjà effectué

Ces tarifs comprennent:

Les activités, l'eau pour la journée, les repas servis à table avec entrée, plat, dessert et le gouter de fin de journée

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

DEPART NAVETTE 7h45 PARKING PISCINE TAINA

RETOUR NAVETTE 16h45 PARKING PISCINE TAINA

Tarif navette: 2.000 Fcp pour 5 jours (400 Fcp/jour)

PREVOIR DANS SON SAC

Protection Solaire (crème, casquette, lunettes, t-shirt, lycra

Du change et chaussures adaptées en fonction des activités

Maillot de bain obligatoire pour la piscine (pas de short)

LIEU D'ACCUEIL ET RETOUR



Pont de la Punaruu

Station service

Lieu d'accueil

Musée des îles

FEUILLE D'INSCRIPTION

Je soussigné (Mr, Mme).....

Souhaite inscrire mon enfant:

NOM:

PRENOM:

DATE DE NAISSANCE:

ADRESSE MAIL:

Au centre multisports qui se déroulera du:



30 mars au 2 avril 2026



7 au 10 avril 2026

Nombre de jour Si à la journée quel(s) jour(s)

Navette: OUI NON (+2.000 Fcp 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 (1 jour) 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

(Rien de particulier noter RAS)

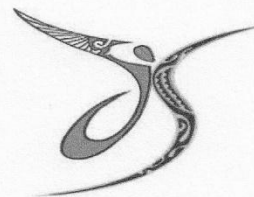
.....

Fait à Le/2026

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)