



CENTRE MULTISPORTS

DU

26 au 29 mai 2026

A partir de 6 ans

304° stage

DOSSIER

D'INFORMATIONS ET D'INSCRIPTION



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

LE PROGRAMME

Semaine du 26 au 29 mai 2026

	LUNDI 25	MARDI 26	MERCREDI 27	JEUDI 28	VENDREDI 29
7h30 à 9h		ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES	ACCUEIL MUSEE DES ILES
	FERIE	BOWLING	PIROGUE	JEUX COLLECTIFS	CONCOURS DE CABANE
12h à 13h		Repas au musée des îles	Repas au musée des îles	Repas au musée des îles	Repas au musée des îles
13 à 14h		Repos ,lecture jeux de société	Repos ,lecture jeux de société	Repos ,lecture jeux de société	Repos ,lecture jeux de société
	FERIE	JEUX AQUATIQUES	CINEMA	WATER POLO	TAHITI 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 météo défavorables, le directeur des centres se réserve le droit de modifier les programmes.

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:

26 au 29 mai 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)

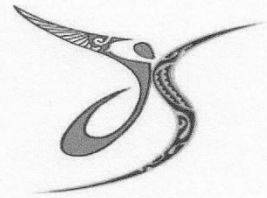
.....

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
- 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

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)