



MARM'HAND PLAY VACANCES D'AVRIL

TARIFS (Tarifs en vigueur pour l'année 2025 / 2026)

	1 jour	2 jours	3 jours	4 jours
6 – 12 ans	10€	20€	30€	35€
6 – 12 ans QPV*	5€	10€	15€	15€
6 – 12 ans CLAS**	5€	10€	15€	15€

*Tarif applicable pour les jeunes résidants dans le quartier Baylac-La Gravette

**Tarif applicable pour les jeunes adhérents au dispositif CLAS

INSCRIPTION ET INFORMATIONS

Inscription auprès du **Handball Club Marmandais**.

Par mail à **6047005@ffhandball.net**

Par téléphone auprès de **Sébastien MARC** au **06 45 97 74 33**

PIÈCES À FOURNIR

- Fiche d'adhésion
- La Fiche Sanitaire
- La photocopie du carnet de vaccination à jour
- Le Questionnaire de Santé (ou à défaut un Certificat Médical d'Absence de Contre-Indication de moins de 6 mois) ou la copie de votre licence sportive***
- Un justificatif de domicile (datant de moins de 3 mois)
- Attestation d'assurance extra-scolaire

***uniquement pour les jeunes non licenciés – adhérents au Handball Club Marmandais



FICHE ADHESION - MARM'HAND PLAY

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Âge : _____ Lieu de naissance : _____
Genre : Garçon Fille
 Licencié au Handball Club Marmandais
 Non licencié au Handball Club Marmandais
 Résidant dans le quartier Baylac-La Gravette
 Inscrit au CLAS (Contrat Local d'Accompagnement à la Scolarité)

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Mère (ou représentante légale)	Père (ou représentant légal)
Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____
Tél. 1 : _____	Tél. 1 : _____
Email : _____	Email : _____

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____
Tél. 1 : _____ Tél. 2 : _____

AUTORISATIONS

J'autorise l'enfant à prendre le minibus s'il y a lieu : Oui Non

J'autorise l'enfant à rentrer seul après l'activité : Oui Non

J'autorise l'association à me transmettre des informations par mail : Oui Non

L'enfant est sous la responsabilité du Handball Club Marmandais ou d'un de ses partenaires dûment habilité du début à la fin de la journée d'activités.

La responsabilité des éducateurs et intervenants est dérogée en dehors des heures de la journée.

Je soussigné,

Responsable légal de l'enfant,

Fait à _____, le _____

Lu et approuvé
Signature



AUTORISATION D'UTILISATION DE L'IMAGE ET DE LA VOIX D'UNE PERSONNE MINEURE

La présente autorisation est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de l'enregistrement, la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image des mineurs engagé dans le cadre du Marm'Hand Play (photographie, vidéo, voix) quel que soit le procédé envisagé. Elle est formulée dans le cadre du projet, les objectifs ont été préalablement expliqués aux jeunes concernés et leurs responsables légaux.

Cette autorisation est valable pour une durée de 3 ans.

Elle est consentie à titre gratuit et par effet sans contrepartie financière.

Les participants et leurs représentants légaux consentent à l'utilisation de l'image, prise de vue et de la voix. Les droits d'image et d'auteur, les droits de production et d'exploitation sont cédés au Handball Club Marmandais.

Usages possibles : usage collectif dans les structures concernées par le projet, projection collective à l'occasion d'événements spécifiques portés par la commune ou un de ses partenaires associatifs, en ligne (site web et réseaux sociaux), publications (magazines, flyers, plaquettes...) ...

Accord du participant

Nom et prénom de l'enfant :

- il m'a été expliqué et j'ai compris les objectifs de ce dispositif
 il m'a été expliqué et j'ai compris qui pourrait voir cet enregistrement, prises de vue...
 je donne mon accord pour que l'on enregistre ou capte mon image, ma voix
 je ne donne pas mon accord pour que l'on enregistre ou capte mon image, ma voix

Fait à

le

Signature

Autorisation du représentant légal

Je (nous) soussigné(e)(s) :

Demeurant à :

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de :

Je (nous) reconnais(sons) être entièrement investi de mes droits civils à son égard. Je (nous) reconnais(ons) expressément que le mineur que je (nous) représente(ons) n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image et/ou de sa voix, voire de son nom.

je (nous) donne(ons) mon (notre) accord pour la captation de l'image, de la voix de l'enfant et de l'utilisation qui en sera faite

Fait à

le

Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles à la santé de votre enfant lorsqu'il est pris en charge dans le cadre des activités. Elle suit votre enfant dans toutes ses activités. Elle pourra être consultée par les personnes en responsabilité de l'enfant et sera présentée aux services de secours en cas d'accident pendant les activités.

ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____
Genre : Garçon Fille Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dernier rappel	Vaccins facultatifs	Oui	Non	Dernier rappel
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Poliomyélite ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				Autres (préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant doit-il suivre un traitement médical régulier ? Oui Non

Si oui, joindre le **Protocole d'Accueil Individualisé** (PAI) et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origines, avec la notice, et marqués au nom de l'enfant).

ATTENTION : aucun médicament ne pourra être pris sans ce document.

Allergies	Oui	Non	Allergies	Oui	Non
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir, le cas échéant joindre le projet d'accueil individualisé correspondant :

Indiquer les **difficultés de santé** (handicap, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre** :

RECOMMANDATIONS UTILES

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires...

RESPONSABLE LEGAL(E)

Nom : _____ Prénom : _____
Tél. portable : _____ Tél. travail : _____
Nom et téléphone du ou de la médecin traitant (facultatif) : _____

Je soussigné(e), responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise-le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Lu et approuvé

Signature



**QUESTIONNAIRE DE SANTE
POUR DES ADHERENTS MINEURS
(PARTIE RESERVEE AUX ADHERENTS POUR
LA PRATIQUE AUX ACTIVITES SPORTIVES)**

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale :

Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.					
Tu es	une fille <input type="checkbox"/>	un garçon <input type="checkbox"/>	//	Ton âge :	ans
Depuis l'année dernière				OUI	NON
Es-tu allé (e) à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré (e) ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)					
Te sens-tu très fatigué (e) ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui					
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents					
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

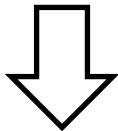


**ATTESTATION QUESTIONNAIRE DE SANTE
(PARTIE RESERVEE AUX ADHERENTS POUR LA PRATIQUE AUX ACTIVITES
SPORTIVES)**

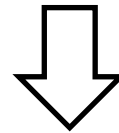
Dans le cadre de ma participation aux activités physiques et sportives proposées aux Tickets Loisirs, je soussigné atteste avoir rempli le questionnaire de santé ci-après. Dans le respect du secret médical, je conserve strictement personnel ledit questionnaire et m'engage à remettre la présente attestation au Handball Club Marmandais au sein de laquelle je sollicite mon adhésion.

*J'ai répondu NON à
chacune des rubriques
du questionnaire*

*J'ai répondu OUI à
une ou plusieurs rubriques
du questionnaire*



*Dans ce cas : je transmets la présente
attestation au Handball Club Marmandais
au sein de laquelle je sollicite
le renouvellement de mon inscription*



*dans ce cas : je suis informé que je
doit produire un certificat médical
datant de moins de 6 mois et
attestant l'absence de contre
indication à la pratique sportive*

Nom et prénom de l'enfant mineur :

Signature :

Fait le :

À :

Attestation du représentant légal :

Nom et prénom du représentant légal :

Signature :

Fait le :

À :