



OCTOBRE 2025

# Stages sportifs primaires & collégiens

Gymnase Guy-Boniface  
du 20 au 24 octobre

Halle Colette-Besson  
27 au 31 octobre

Pré-inscriptions  
du 6 au 10 octobre

## OCTOBRE 2025

# Stages sportifs



**Gymnase Guy-Boniface**

30-32, avenue Louis-Aragon

	lundi 20 oct.	mardi 21 oct.	mercredi 22 oct.	jeudi 23 oct.	vendredi 24 oct.
<b>Élémentaires</b> 9h30-12h	Sports de ballon	Athlétisme	Piscine	Petit gymnaste Sports d'opposition	Défis sportifs
<b>Collégiens</b> 14h-17h	Basket Handball Bumball	Boxe éducative	Bootcamp	Tennis Badminton	Acrobranche à Draveil



**Halle Colette-Besson**

48 avenue Karl-Marx

	lundi 27 oct.	mardi 28 oct.	mercredi 29 oct.	jeudi 30 oct.	vendredi 31 oct.
<b>Élémentaires</b> 9h30-12h	Le grand cirque Activités gymniques	Vil'Lanta	Piscine	Bouge ta santé Sports de précision	Interville
<b>Collégiens</b> 14h-17h	Parc d'aventure Koezio	Soft Tag Futsal	Après-midi jeunesse	Escalade	Parc d'aventure Koezio

## Modalités d'inscription

Pré-inscription du 6 au 10 octobre 2025  
dans les mairies-annexe et au service  
Formalités vie scolaire.

### Documents à fournir :

- Autorisation parentale ;
- Droit à l'image ;
- Fiche sanitaire.

**Après validation de votre dossier, le paiement se fera dans les mairies-annexes.**

### Contact :

#### **Service des sports**

2, rue du 19 mars  
06 12 54 61 08  
[sports-animation@villejuif.fr](mailto:sports-animation@villejuif.fr)

# STAGES SPORTIFS – .....2025

**6/10 ANS** – du .....au .....2025 (9h30/12h00)

LIEU DU STAGE : .....

## BULLETIN D'INSCRIPTION ET AUTORISATION PARENTALE

**Nom et Prénom de l'enfant**

Date de naissance

Fille.....

.....

Garçon.....

**Responsable(s) de l'enfant :**

Nom et prénom :



Domicile.....



Portable.....



Bureau.....

N° Appartement (indispensable).....

@ mail : .....

Nom et prénom :



Domicile.....



Portable.....

Adresse : .....



Bureau.....

@ mail : .....

N° Appartement  
(indispensable).....

Je soussigné(e) .....responsable de l'enfant..... déclare avoir pris connaissance des horaires et lieux de stages et, autorise mon enfant à y participer, ainsi qu'aux sorties se déroulant à (ou hors) Villejuif, « **j'autorise les éducateurs à prendre**, le cas échéant toutes décisions d'interventions médicales » rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale..)

« **Je déclare que mon enfant ne présente aucune contre-indication**, pour les activités physiques, attestée lors d'une visite médicale cette année,

Cependant s'il n'y a pas eu de visite, je m'engage à prendre dans les meilleurs délais un rendez-vous (visite possible au Centre de Santé Municipal Pierre Roqués : 01 45 59 23 70),

\*J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité à 12h : Oui  Non

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant:

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Age</b>	<b>Téléphone</b>

J'autorise que mon enfant soit photographié pendant le stage pour la promotion des activités sportives

municipales: Oui  Non

« *Les informations recueillies font l'objet d'un traitement de données dont les finalités sont : à renseigner.*

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement\*, d'opposition\*, de portabilité\* des données vous concernant, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement de ces données.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre Délégué à la protection des données (DPO) par courriel à [donneespersonnelles-request@listes.villejuif.fr](mailto:donneespersonnelles-request@listes.villejuif.fr) ou par courrier à Mairie de Villejuif, Direction des Affaires Juridiques et de la Commande Publique, Service Juridique, 1 Esplanade Pierre-Yves COSNIER, 94 800 VILLEJUIF. »

A.....Le.....

Nom et Signature:

**STAGES SPORTIFS – ..... 2025**  
**11/15 ANS – du ..... au ..... 2025 (14h/17h00)**  
**LIEU DU STAGE : .....**

**BULLETIN D'INSCRIPTION ET AUTORISATION PARENTALE**

**Nom et Prénom de l'enfant** ..... **Date de naissance** ..... **Fille**.....   
..... **Garçon**.....

**Responsable(s) de l'enfant :**

Nom et prénom : ..... ☎ Domicile.....

Adresse : ..... ☎ Portable.....

..... ☎ Bureau.....

**N° Appartement (indispensable)**..... @ mail : .....

Nom et prénom : ..... ☎ Domicile.....

..... ☎ Portable.....

Adresse : ..... ☎ Bureau.....

..... @ mail : .....

**N° Appartement  
(indispensable)**.....

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant..... Déclare avoir pris connaissance des horaires et lieux de stages et, autorise mon enfant à y participer, ainsi qu'aux sorties se déroulant à (ou hors) Villejuif, « **j'autorise les éducateurs à prendre**, le cas échéant toutes décisions d'interventions médicales » rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale.)

« **Je déclare que mon enfant ne présente aucune contre-indication**, pour les activités physiques, attestée lors d'une visite médicale cette année,

Cependant s'il n'y a pas eu de visite, je m'engage à prendre dans les meilleurs délais un rendez-vous (visite possible au Centre de Santé Municipal Pierre Roqués : 01 45 59 23 70),

\*J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité à 17h : Oui  Non

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant:

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Age</b>	<b>Téléphone</b>

J'autorise que mon enfant soit photographié pendant le stage pour la promotion des activités sportives municipales: Oui  Non

« *Les informations recueillies font l'objet d'un traitement de données dont les finalités sont : à renseigner.*

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement\*, d'opposition\*, de portabilité\* des données vous concernant, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement de ces données.*

*Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre Délégué à la protection des données (DPO) par courriel à [donneespersonnelles-request@listes.villejuif.fr](mailto:donneespersonnelles-request@listes.villejuif.fr) ou par courrier à Mairie de Villejuif, Direction des Affaires Juridiques et de la Commande Publique, Service Juridique, 1 Esplanade Pierre-Yves COSNIER, 94 800 VILLEJUIF. »*

A..... Le.....

Nom et Signature:

# STAGES SPORTIFS – ..... 2025

LIEU DU STAGE : .....

**6/10 ANS** – du ..... au ..... 2025 (9h30/12h00)

## BULLETIN D'INSCRIPTION ET AUTORISATION PARENTALE

**Nom et Prénom de l'enfant**

Date de naissance

Fille.....

.....

Garçon.....

**Responsable(s) de l'enfant :**

Nom et prénom :



Domicile.....



Portable.....



Bureau.....

N° Appartement (indispensable).....

@ mail : .....

Nom et prénom :



Domicile.....



Portable.....



Bureau.....

@ mail : .....

N° Appartement

(indispensable).....

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant..... déclare avoir pris connaissance des horaires et lieux de stages et, autorise mon enfant à y participer, ainsi qu'aux sorties se déroulant à (ou hors) Villejuif, « **j'autorise les éducateurs à prendre**, le cas échéant toutes décisions d'interventions médicales » rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale..)

« **Je déclare que mon enfant ne présente aucune contre-indication**, pour les activités physiques, attestée lors d'une visite médicale cette année,

Cependant s'il n'y a pas eu de visite, je m'engage à prendre dans les meilleurs délais un rendez-vous (visite possible au Centre de Santé Municipal Pierre Roqués : 01 45 59 23 70),

\*J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité à 12h : Oui   Non

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant:

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Age</b>	<b>Téléphone</b>

J'autorise que mon enfant soit photographié pendant le stage pour la promotion des activités sportives

municipales: Oui   Non

« *Les informations recueillies font l'objet d'un traitement de données dont les finalités sont : à renseigner.*

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement\*, d'opposition\*, de portabilité\* des données vous concernant, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement de ces données.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre Délégué à la protection des données (DPO) par courriel à [donneespersonnelles-request@listes.villejuif.fr](mailto:donneespersonnelles-request@listes.villejuif.fr) ou par courrier à Mairie de Villejuif, Direction des Affaires Juridiques et de la Commande Publique, Service Juridique, 1 Esplanade Pierre-Yves COSNIER, 94 800 VILLEJUIF. »

A..... Le.....

Nom et Signature:

**STAGES SPORTIFS – ..... 2025**  
**11/15 ANS – du ..... au ..... 2025 (14h/17h00)**  
**LIEU DU STAGE : .....**

BULLETIN D'INSCRIPTION ET AUTORISATION PARENTALE

**Nom et Prénom de l'enfant** ..... Date de naissance ..... Fille.....   
..... Garçon.....

**Responsable(s) de l'enfant :**

Nom et prénom : ..... ☎ Domicile.....

Adresse : ..... ☎ Portable.....

..... ☎ Bureau.....

**N° Appartement (indispensable)**..... @ mail : .....

Nom et prénom : ..... ☎ Domicile.....

..... ☎ Portable.....

Adresse : ..... ☎ Bureau.....

..... @ mail : .....

**N° Appartement  
(indispensable)**.....

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant..... Déclare avoir pris connaissance des horaires et lieux de stages et, autorise mon enfant à y participer, ainsi qu'aux sorties se déroulant à (ou hors) Villejuif, « **j'autorise les éducateurs à prendre**, le cas échéant toutes décisions d'interventions médicales » rendues nécessaires par l'état de l'enfant (hospitalisation, intervention chirurgicale.)

« **Je déclare que mon enfant ne présente aucune contre-indication**, pour les activités physiques, attestée lors d'une visite médicale cette année,

Cependant s'il n'y a pas eu de visite, je m'engage à prendre dans les meilleurs délais un rendez-vous (visite possible au Centre de Santé Municipal Pierre Roqués : 01 45 59 23 70),

\*J'autorise mon enfant à rentrer seul après l'activité à 17h : Oui  Non

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant:

<b>Nom</b>	<b>Prénom</b>	<b>Age</b>	<b>Téléphone</b>

J'autorise que mon enfant soit photographié pendant le stage pour la promotion des activités sportives municipales: Oui  Non

« *Les informations recueillies font l'objet d'un traitement de données dont les finalités sont : à renseigner.*

*Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général sur la Protection des Données du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement\*, d'opposition\*, de portabilité\* des données vous concernant, ainsi qu'un droit à la limitation du traitement de ces données.*

*Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter notre Délégué à la protection des données (DPO) par courriel à [donneespersonnelles-request@listes.villejuif.fr](mailto:donneespersonnelles-request@listes.villejuif.fr) ou par courrier à Mairie de Villejuif, Direction des Affaires Juridiques et de la Commande Publique, Service Juridique, 1 Esplanade Pierre-Yves COSNIER, 94 800 VILLEJUIF. »*

A..... Le.....

Nom et Signature:



## MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008\*02

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE 

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérite				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 de l'enfant avec la notice)**

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

---

#### **4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON	OCCASIONNELLEMENT	OUI
-----	-------------------	-----

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON	OUI
-----	-----

---

#### **5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant , déclare  
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,  
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de  
l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une  
hospitalisation.

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

---

#### **A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

#### **OBSERVATIONS**

---

---

---

---



**VILLEJUIF**  
Tout cède à notre union

## AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

**Pour les mineurs – personnes sous tutelle ou curatelle**

**Je soussigné(e) (nom, prénom) :**

**Parent / responsable légal de :**

**Adresse mail :**

**Téléphone :**

Autorise la Mairie de Villejuif à capter et à exploiter, à titre gracieux, mon image et mes propos pour les diffuser sur tous les supports aux fins de communication et d'information (VNV, site internet, réseaux sociaux, affichage, brochure). Cette cession est conclue **pour une durée de 3 ans**.

La Mairie s'engage à ce que la légende accompagnant les images ne porte pas atteinte à la réputation et à la vie privée.

J'ai été informé(e) conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel que la Mairie de Villejuif met en œuvre un traitement de données à caractère personnel me concernant afin d'exécuter et de gérer la présente cession de droit et exploiter le ou les supports sur lesquels sont fixés mon image et mes propos.

Ces informations sont destinées au personnel habilité de la Mairie de Villejuif, ainsi qu'à ses sous-traitants. La base juridique du traitement est l'exécution contractuelle. Les données seront conservées pendant la durée de l'autorisation augmentée du délai de prescription légale.

Je suis informé(e) que je dispose d'un droit d'interrogation, d'accès, de rectification et d'effacement de mes données à caractère personnel, à la limitation du traitement et à la portabilité des données.

Je suis informé(e) que je dispose également d'un droit de formuler des directives spécifiques et générales relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de mes données à caractère personnel post-mortem.

L'exercice de ces droits s'effectue auprès du Délégué à la protection des données de la mairie par courrier électronique à l'adresse mail suivante [donneespersonnelles@listes.villejuif.fr](mailto:donneespersonnelles@listes.villejuif.fr) ou par courrier postal adressé à l'hôtel de Ville de Villejuif, Esplanade Pierre-Yves Cosnier, 94 807 Villejuif Cedex. J'ai le droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), en ligne ou par courrier postal.

En cas de questions relatives à mes droits, je peux contacter le Responsable du traitement, à savoir la Mairie de Villejuif, à l'adresse suivante : hôtel de Ville de Villejuif, Esplanade Pierre-Yves Cosnier, 94 807 Villejuif Cedex, ou le Délégué à la Protection des Données à l'adresse suivante [donneespersonnelles@listes.villejuif.fr](mailto:donneespersonnelles@listes.villejuif.fr).

**Fait à Villejuif, le**

**Signature :**