



LE BUGUE



ÉCOLE MUNICIPALE des SPORTS



SAISON 2025-2026

*A PARTIR DU 16 SEPTEMBRE 2025
GYMNASE (Collège LE BUGUE)*

*Pour les enfants de 6 à 8 ans
Tous les MARDIS SOIR de 17 h 15 à 18 h 30*

Renseignements 06 77 02 66 82



Programme EMS 2025-2026

PÉRIODE 1		
Du 16/09 au 23/09	Motricité	Connaître son corps, avoir des repères sur soi
Du 30/09 au 14/10	Jeu de lancers	Développer sa motricité et sa coordination, prendre des repères sur l'environnement
PÉRIODE 2		
Du 04/11 au 25/11	Handball	Prise d'informations dans un environnement changeant, développer sa motricité
Du 02/12 au 16/12	Escalade	Se déplacé dans un environnement varié, se repérer dans l'espace, prendre des repères sur l'environnement
PÉRIODE 3		
Du 06/01 au 13/01	Baseball	Découverte d'une nouvelle activité, développement des habilités fines, travail de coordination, lecture de trajectoire
Du 20/01 au 02/02	Balle Ovale	Prendre des repères sur les autres et sur soi, prise d'information
PÉRIODE 4		
Du 24/02 au 10/03	Football	Prise d'informations dans un environnement changeant, développer sa motricité
Du 17/03 au 31/03	Sarbacane, tir à l'arc	Observer et analyser l'environnement, lancer précis
PÉRIODE 5		
Du 21/04 au 05/05	Activités d'orientation	Se repérer dans l'espace, se repérer par rapport aux autres, observer et analyser l'environnement
Du 12/05 au 26/05	Poneys	Découvrir un autre mode de déplacements, repère sur l'environnement
Du 02/06 au 16/06	Kinball	Découverte d'une nouvelle activité, travail de coopération et de collaboration, stratégie de groupe
Du 23/06 au 30/06	Jeu de raquettes	Construire sa motricité, analyser les modifications de l'environnement

Informations : les activités présentées peuvent variées en fonction du temps et des intervenants.

L'inscription est faite pour toutes les activités et l'enfant s'engage à être présent sur l'année scolaire, toute absence injustifiée peut entraîner une exclusion de l'EMS pour l'année en cours.

FICHE D'INSCRIPTION

Renseignements de l'enfant

Fille Garçon

Nom Prénom

Date de naissance :/...../.....

Adresse

Ville Code Postal : ;

Votre enfant est déjà licencié dans une association sportive

Si oui laquelle

RENSEIGNEMENTS DU/DES PARENTS

SITUATION (entourer la mention légal)

Célibataire Pacsé(e) Union libre Marié(e) Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

RESPONSABLE 1

Père Mère Autre (préciser)

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Ville Code Postal.....

Fixe Portable

Tél Travail

Profession

Adresse e-mail

CONJOINT RESPONSABLE 2

Père Mère Autre (préciser)

Nom.....Prénom.....

Adresse.....

Ville Code Postal.....

Fixe Portable

Tél Travail

Profession

Adresse e-mail

FICHE D'INSCRIPTION (suite)

DROIT A L'IMAGE

J'accepte/ Je n'accepte pas (rayer la mention inutile) que l'Ecole Municipale des Sports utilise, sur ses supports de communication, la photo et ou la vidéo de mon enfant à des fins exclusives de promotion de ses activités et à des fins non commerciales*

*Article 9 du code civil protège le respect de la vie privée qui peut être sanctionné par les articles 226-1 à 226-7 du code pénal pour atteinte à la vie privée et par les articles 226-8 et -9 du code pénal pour atteinte à la représentation de la personne.

DONNÉES PERSONNELLES

J'autorise/ Je n'autorise pas (rayer la mention inutile) expressément l'Ecole Municipale des Sports à traiter et conserver par informatique mes données personnelles*.

*Règlement n° 20016/679 du Parlement Européen et du Conseil relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE

+ PIÈCES A JOINDRE :

Fournir le questionnaire santé (si oui à une des questions merci de fournir un certificat médical).

Fournir l'assurance périscolaire.

Je soussigné(e)..... responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur ce dossier et m'engage à respecter le règlement intérieur.

Date :

Signature :

FICHE SANITAIRE

RENSEIGNEMENTS DE L'ENFANT

Fille Garçon

Nom Prénom.....

Date de naissance/...../.....

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

Rougeole Rubéole Oreillons Varicelle Coqueluche Scarlatine
Covid-19

ALLERGIE

ASTHME oui non

MEDICAMENTEUSE oui non

ALIMENTAIRE oui non

AUTRES

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des

Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèses dentaires

RESPONSABLE 1

Nom.....

Prénom.....

Tél domicile.....

Tél travail.....

Portable

E-mail.....

RESPONSABLE 2

Nom.....

Prénom.....

Tél domicile.....

Tél travail.....

Portable

E-mail.....

FICHE SANITAIRE (suite)

AUTORISATION PARENTALE

Personnes à contacter en cas d'urgence et/ou autorisées à venir chercher mon enfant en cas d'indisponibilité du représentant légal (présentation d'une pièce d'identité) :

Nom Prénom..... Tél

Nom Prénom..... Tél

Nom Prénom..... Tél

MÉDECIN

Nom Prénom du médecin traitant.....

Tél

EN CAS D'URGENCE

En cas d'accident , mon enfant sera dirigé par les secours :

Vers le centre hospitalier que décidera le SAMU après régulation avec les secours.

Je soussigné(e)responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à respecter le règlement intérieur. J'autorise le responsable à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

(Annexe II-23, art. A. 231-3 du code du sport)

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 un garçon Ton âgean

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"/>
Etes-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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(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.)

Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.