



# Dossier Inscription séjour Côte d'Opale - Du 08 au 16 juillet 2024

Inscriptions du 02 au 08 avril 2024



## Le Jeune :

Nom : ..... Prénom : .....

Fille  Garçon

Date et lieux de naissance : ... / ... / ... à .....

## Les responsables légaux :

### Le père

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone et mail : .....

### La mère

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone et mail : .....

Numéro Allocataire CAF : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Bénéficiez-vous de la CMU? Oui Non

Observations particulières à prendre en compte durant le séjour :

-----  
-----

### Autorisation parentale

Nous soussignés, après avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement du séjour, déclarons y souscrire et autoriser notre enfant à participer à toutes les activités prévues. D'autre part, nous nous engageons, s'il y a lieu, à rembourser le montant des frais médicaux engagés.

À,

le

Signature obligatoire

le père

la mère

le tuteur légal

### Respect du droit à l'image :

En participant à ce séjour, mon enfant est susceptible d'être photographié, ces images sont destinées au seul usage des publications, plaquettes et affiches concernant les séjours.

En inscrivant mon enfant j'accepte de ce fait cette éventualité ou

Je refuse que mon enfant soit photographié (cochez la case en cas de refus)

Date et signature :

### Pièces à joindre au dossier :

- la fiche d'inscription dûment remplie et signée
- la fiche sanitaire et la copie du carnet de vaccinations
- le versement d'un tiers de la participation familiale
- photocopie CMU (si bénéficiaire) et de la carte de Sécurité sociale
- photocopie de la mutuelle

Attention : tout dossier non complet ne sera pas pris en compte

### Cadre réservé au service jeunesse

Dossier reçu en mairie le :



Dossier complet



Dossier incomplet

Date du complément :

Quotient CAF associé :



#### Les Dates, lieu et transport

Le séjour est prévu du lundi 08 au mardi 16 juillet 2024. Les jeunes seront hébergés au gîte "Entre vert & Mer" à Aubin Saint Vaast (62).

Le transport aller/retour se fera par véhicule 9 places au départ de la place d'Erquinghem-Lys. Les horaires précis vous seront communiqués ultérieurement.

#### Les modalités de fonctionnement

Les jeunes devront faire preuve de respect envers les personnes, le matériel et les locaux. Le respect du calme et du temps de repos de chacun seront mis en avant afin de permettre à chacun de vivre pleinement ses vacances.

Les jeunes participeront aux tâches de la vie collective : préparation des repas, vaisselle, entretien des parties communes. Ils seront responsables du maintien de la propreté et du rangement de leur chambre.

L'équipe d'animation mettra en place des règles de vie avec les jeunes et veillera à leur application. Toute attitude ou comportement inacceptable (dangereux, violent, nuisible pour le groupe ou refus des règles définies) peut amener le jeune à être renvoyé dans sa famille.

Les frais alors engagés seront intégralement à la charge des parents et aucun remboursement du séjour ne sera effectué.

#### Les modalités de paiement

La participation familiale est fixée en fonction du quotient familial de la CAF et payable en deux versements soit :

QF < ou = 369

187,75 €

370 < ou = QF < ou = 600

198,05 €

QF < ou = 601

208,35 €

Chèque à l'Ordre de Régie Unique Erquinghem-Lys

Le remboursement ne se fera que de manière exceptionnelle et sous les conditions suivantes :



Certificat médical interdisant la participation au présent séjour



Difficulté familiale imprévue



Avant le 3 juin: Le remboursement total



Après le 3 juin: Le premier versement restera acquis à la mairie, sauf si la place est pourvue par un autre jeune.



# Fiche sanitaire de liaison

## Informations nécessaires en cas d'urgence

### L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe :  Féminin  Masculin  
Établissement scolaire fréquenté : \_\_\_\_\_  
Classe : \_\_\_\_\_

---

### VACCINATIONS

(se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

#### Obligatoires

Diphtérie\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Coqueluche \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Tétanos\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Haemophilus \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Poliomyélite\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Pneumocoque \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Rougeole Oreillon Rubéole \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**(\*) Rappel à 6 ans et entre 11 et 13 ans - le DTP est OBLIGATOIRE pour tous les enfants.**

---

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : \_\_\_\_\_ kgs Taille : \_\_\_\_\_ cm  
Suit-il un traitement médical ?  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 donné sans PAI.**

---

### TROUBLES DE SANTÉ

Allergies alimentaires :  Oui\*  Non Précisez la cause : \_\_\_\_\_  
Allergies médicamenteuses :  Oui\*  Non Précisez la cause : \_\_\_\_\_  
Allergies asthme :  Oui\*  Non Précisez la cause : \_\_\_\_\_  
Autres allergies :  Oui\*  Non Précisez la cause : \_\_\_\_\_

**(\*) Si oui, joindre un PAI précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.**

### AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Votre enfant présent-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?

Oui

Non Précisez :

---

---

---

---

Fait-il l'objet d'un P.A.I. ?

Oui

Non

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant porte :

des lunettes

des lentilles

des prothèses auditives

un appareil dentaire

autre, précisez : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

### PRATIQUE ALIMENTAIRE PARTICULIERE

Végétarien (sans viande sans poisson)

Sans viande

Sans porc

autre, précisez : \_\_\_\_\_

### PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Tel : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant \_\_\_\_\_

- certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toutes modifications,

- autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant.

Fait à

Le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Signature :

Les informations personnelles recueillies dans ce document, sont obligatoires et nécessaires pour inscrire votre enfant et assurer la gestion des services proposés par la collectivité (inscription, suivi et facturation, mise à jour des données). Ces informations sont enregistrées par le service jeunesse dans un fichier informatisé pour la préparation et la gestion des temps périscolaires et extrascolaires et notamment le logiciel et le portail famille BL-enfance, mis à disposition par la société Berger-Levrault, accessible depuis le site Internet de la commune.