

DOSSIER D'INSCRIPTION A RENDRE A LA MAIRIE D'INSCRIPTION

PHOTO
(1 seule
obligatoire, à
coller, pas
d'agraphe)

Date butoir des inscriptions : le 31 mai 2022
Commune d'inscription :

- Notre Dame de Monts « P'tits mousses » du 8 au 18 juillet 2022
- Italie « Bella Italia » du 23 juillet au 02 août 2022
- Sérénac « Tarn aventures » du 02 au 13 août 2022
- Espagne « Viva España » du 13 au 24 août 2022
- La Rochelle « Entre terre et mer » du 13 au 24 août 2022

PARTICIPANT

NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Sexe : Fille Garçon Classe suivie :
L'enfant est-il déjà parti en centre de vacances ? Oui Non
L'enfant sait-il nager ? Si oui, fournir le test d'aisance aquatique Oui Non
Souhaite partager la chambre avec

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél :/...../.....
Portable (obligatoire et joignable sur les départs et retour)/...../...../.....
Courriel (obligatoire) :@.....
Vous recevrez des nouvelles de votre enfant durant le séjour par mail ou sms. Pour cela, il est impératif d'indiquer votre mail et votre numéro de portable

Situation familiale : mariés célibataire en union libre pacsés veuf (ve) séparés ou divorcés. Si vous êtes séparés ou divorcés merci de fournir la copie du jugement de divorce
En cas de parents séparés mais exerçant conjointement l'autorité parentale sur leur enfant, l'inscription décidée par l'un des parents présume l'accord de l'autre parent à défaut d'une opposition expressément formulée par écrit par ce dernier.

Bénéficiez-vous de la C.M.U ? Oui Non Si oui, veuillez fournir une **copie** de votre attestation
N° allocataire CAF (obligatoire) :

FAMILLE D'ACCUEIL (le cas échéant)

NOM : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél :/...../.....
Portable (obligatoire et joignable sur les départs et retour)/...../...../.....
Courriel (obligatoire) :@.....

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. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de ventes. Par ailleurs j'autorise la diffusion des photographies de l'enfant sur le blog spécifique au séjour (accès sécurisé) et sur le site ADAV ou sur le catalogue papier ; dans le cas contraire, merci de le préciser sur papier libre et de nous l'adresser en recommandé au siège de l'ADAV.

LU ET APPROUVÉ le/...../.....

Signature du représentant légal obligatoire

PAIEMENT

Montant du séjour :

Payez-vous le séjour avec les aides aux temps libres de la CAF ? Oui Non

Si oui, pour quel montant ?.....€

En cas d'annulation du séjour à plus d'un mois avant le départ, le séjour ne sera pas facturé à la commune.
En cas d'annulation du séjour à moins d'un mois avant le départ, le séjour sera facturé à la commune sauf sur présentation d'un certificat médical.

SEJOUR ESPAGNE et ITALIE

Carte d'identité n°..... Date d'expiration :/...../.....

Ou Passeport n°..... Date d'expiration :/...../.....

NB : Les documents doivent être en cours de validité

ATTESTATIONS

Nom et Prénom du responsable légal :

M/Mme :

Qualité :

Représentant l'enfant

NOM : Prénom :

ATTESTATION D'AUTORISATION DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES ET VIDEOS

Autorise la diffusion de mon enfant individuellement ou en groupe :

- sur le blog spécifique au séjour (accès sécurisé) ?

Oui Non

- sur le site ADAV ou sur le catalogue papier ?

Oui Non

- sur les différents supports de communication (photos, vidéos, réseaux sociaux) du SIVOM

Oui Non

ATTESTATION D'AUTORISATION DE FUMER (pour les plus de 16 ans)

Autorise mon enfant à fumer des cigarettes avec modération, tout en respectant les règles de l'ADAV et les lois en vigueur

N'autorise pas mon enfant à fumer des cigarettes

REUNIONS

Une convocation vous sera envoyée afin de vous communiquer les dates, les horaires et les modalités d'inscriptions pour l'organisation de la réunion de présentation.

Signature du représentant légal obligatoire





FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
 NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR : _____

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubeole-Orillons-Rougeole	
Polioomyélite				Coqueluche	
Ou DT, polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDE 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non
 ALIMENTAIRES oui non AUTRES : _____

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

.....

INDIQUEZ CLAIRS :
 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ MALADIE, ACCIDENT, CRISE 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

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :
 ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :
 TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
 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.

Date : Signature :

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

OBSERVATIONS

.....

UNIQUEMENT POUR LE SEJOUR EN ESPAGNE ET EN ITALIE



N° 15646*01

**AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)
D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**
*(article 371-6 du code civil; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation
de sortie du territoire d'un mineur non accompagné
par un titulaire de l'autorité parentale; arrêté du 13 décembre 2016)*

1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : _____
Prénom(s) : _____
Né(e) le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à (lieu de naissance) : _____
Pays de naissance : _____

2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : _____
Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) : _____
Prénom(s) : _____
Né(e) le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à (lieu de naissance) : _____
Pays de naissance : _____ Nationalité : _____
Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :
 Père Mère Autre (préciser) : _____
Adresse : _____
N° [] [] [] [] [] [] (bis, ter) Type de voie _____ Nom de la voie _____
Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____
Pays : _____
Téléphone (recommandé) : _____ / _____ / _____ / _____
Courriel (recommandé) : _____

3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] inclus.
Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.
Exemple : une autorisation signée le 1^{er} septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.

4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »⁽¹⁾ ;
DATE : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Signature du titulaire de l'autorité parentale : _____
⁽¹⁾ Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION ⁽²⁾

Type de document (cocher la case) : Carte nationale d'identité Passeport Autre _____
(Préciser : _____)⁽²⁾
Délivré(e) le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Par (autorité de délivrance) : _____

⁽¹⁾ La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.

⁽²⁾ Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.

RAPPEL : « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »



PROCURATION

valable pour un seul paiement dans le délai de 3 mois à partir de la date d'établissement par l'assuré (art. 85 § 3 du décret n° 45-0179 du 28-12-1945)

Je sousigné(e) (nom - prénom) A. Amandin

Assuré immatriculé sous le numéro : A. Amandin

Adresse : A. Amandin

Donne pouvoir à M. - Mme - Mlle (nom - prénom) ADAV

- de percevoir les prestations de Sécurité Sociale qui me sont dues par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Dunkerque
- d'en donner valablement acquit en mes lieu et place

signature du mandataire ADAV

Le 2 (signature de l'assuré mandant)

X Signature

Le mandataire doit présenter une pièce d'identité personnelle avec photographie ainsi qu'une pièce d'identité de l'assuré comportant la signature de ce dernier.

- La procuration doit :
- être rédigée de la main de l'assuré et non du conjoint
 - être datée et signée obligatoirement
 - être établie au nom d'une personne majeure ou d'un mineur émancipé

- Elle devient sans effet :
- à la fin du délai indiqué (3 mois)
 - par usage (encaissement de prestations)
 - par décès du mandant (assuré) ou celui du mandataire (à qui le pouvoir était donné)

Siège
2, rue de la Bailliette - BP 4523
59386 DUNKERQUE Cedex 1
Fax : 03 20 44 38 87

Site
6, rue des Neufilles - BP 90121
59486 ARMENTIERES Cedex
Fax : 03 20 44 38 84



PROCURATION

valable pour un seul paiement dans le délai de 3 mois à partir de la date d'établissement par l'assuré (art. 85 § 3 du décret n° 45-0179 du 28-12-1945)

Je sousigné(e) (nom - prénom) _____

Assuré immatriculé sous le numéro : _____

Adresse : _____

Donne pouvoir à M. - Mme - Mlle (nom - prénom) _____

- de percevoir les prestations de Sécurité Sociale qui me sont dues par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Dunkerque
- d'en donner valablement acquit en mes lieu et place

signature du mandataire _____

Le 2 (signature de l'assuré mandant)

Le mandataire doit présenter une pièce d'identité personnelle avec photographie ainsi qu'une pièce d'identité de l'assuré comportant la signature de ce dernier.

- La procuration doit :
- être rédigée de la main de l'assuré et non du conjoint
 - être datée et signée obligatoirement
 - être établie au nom d'une personne majeure ou d'un mineur émancipé

- Elle devient sans effet :
- à la fin du délai indiqué (3 mois)
 - par usage (encaissement de prestations)
 - par décès du mandant (assuré) ou celui du mandataire (à qui le pouvoir était donné)

Siège
2, rue de la Bailliette - BP 4523
59386 DUNKERQUE Cedex 1
Fax : 03 20 44 38 87

Site
6, rue des Neufilles - BP 90121
59486 ARMENTIERES Cedex
Fax : 03 20 44 38 84

UNIQUEMENT POUR LES SEJOURS :

« les p'tits mousses »

« Bella Italia »

« Tarn aventures »

« Viva España »

**TEST PREALABLE AUX ACTIVITES NAUTIQUES
ETE 2022**

(selon l'arrêté du 25 avril 2012) :

Partie à remplir par un maître nageur

(Toutes les piscines municipales sont habilitées à délivrer ce type d'autorisation)

Je soussigné(e) _____ atteste que l'enfant _____ est capable de se déplacer dans l'eau sans présenter de signe de panique sur un parcours de 20 mètres sur le ventre, avec passage sous une ligne d'eau, réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes, réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes. Ce parcours est réalisé dans la partie d'un bassin ou d'un plan d'eau d'une profondeur au moins égale à 1m80. Le départ est effectué par une chute arrière volontaire, en piscine à partir d'un tapis disposé sur l'eau et en milieu naturel à partir d'un support flottant. Le parcours peut être effectué avec une brassière de sécurité (sauf pour la descente en canyon)

Fait le _____ à _____
Signature et Cachet

**NOUS FOURNIR LA PHOTOCOPIE DE CE DOCUMENT / GARDEZ VOTRE
ORIGINAL POUR LES ANNEES FUTURES...(validité permanente)**