



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

## DOSSIER D'INSCRIPTION A RENDRE A LA MAIRIE D'INSCRIPTION SÉJOUR SKI

Du vendredi 17 février au vendredi 24 février 2023 (La Chapelle d'Abondance)

Date butoir des inscriptions : le 30 décembre 2022  
Commune d'inscription : .....

### Cadre réservé à la mairie

N° allocataire CAF : ..... Quotient familial de la famille : ..... AVE : Oui  Non

Montant du séjour (sans l'aide de la CAF) : .....€

### PARTICIPANT

NOM : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../.....  
Sexe :  Fille  Garçon Classe suivie : .....  
Souhaite partager la chambre avec .....

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse:.....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél : ...../...../...../...../..... Portable (**obligatoire pour les départs et retours**) ...../...../...../...../.....  
Courriel (**obligatoire**) : .....@.....  
Vous recevrez des nouvelles de votre enfant durant le séjour. Pour cela, il est impératif d'indiquer 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 + procuration à remplir**

### FAMILLE D'ACCUEIL (le cas échéant)

NOM : ..... Prénom : .....  
Adresse:.....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Tél : ...../...../...../...../..... Portable (**obligatoire pour les départs et retours**) ...../...../...../...../.....  
Courriel (**obligatoire**) : .....@.....

Je soussigné ....., 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.

LU ET APPROUVÉ le ...../...../.....

**Signature du représentant légal obligatoire**

## ANNULATIONS

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.

## 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 réunion sera organisée avant le séjour. Pour cela, vous recevrez une convocation vous indiquant le lieu, la date et l'heure.

**Signature du représentant légal obligatoire**

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### ENFANT :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

#### NIVEAU DE SKI AU MOMENT DU DEPART

- débutant ou n'a jamais skié - L'enfant préparera l'ourson
- ourson - L'enfant préparera le flocon
- flocon - L'enfant préparera la 1<sup>ère</sup> étoile
- 1<sup>ère</sup> étoile - L'enfant préparera la 2<sup>ème</sup> étoile
- 2<sup>ème</sup> étoile - L'enfant préparera la 3<sup>ème</sup> étoile
- 3<sup>ème</sup> étoile - L'enfant préparera l'étoile de bronze
- niveau supérieur - L'enfant préparera les épreuves de compétition

#### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Taille de l'enfant (en cm) : .....

Poids de l'enfant (en kg) : .....

Pointure : .....

Tour de tête (en cm) : .....

Type de repas :       Sans viande                       Sans porc                       Autre (à préciser).....

#### TAILLES VESTIMENTAIRES DE VOTRE ENFANT

Pantalon de ski :

6 ans       8 ans       10 ans       12 ans       14 ans       S       M       L       XL

Manteau de ski :

6 ans       8 ans       10 ans       12 ans       14 ans       S       M       L       XL

Moufles :

6 ans       8 ans       10 ans       12 ans       14 ans

Gants :

S       M       L       XL

**Vous pouvez dès à présent essayer la tenue de ski (marque wed'ze) directement au magasin décathlon de Béthune. Un conseiller sur place vous renseignera sur le modèle retenu par le SIVOM.**

Pour tout renseignement concernant le séjour, merci de contacter le service jeunesse du SIVOM au 03.21.61.55.60

**IL EST IMPERATIF DE RENDRE LE DOSSIER COMPLET  
POUR QUE L'INSCRIPTION SOIT VALIDEE**

#### **Avec le dossier :**

- Dossier complété et signé (3 pages)
- Fiche sanitaire complétée et signée
- Copie du carnet de santé ou du carnet de vaccinations
- Copie de l'attestation d'aide aux temps libres de la CAF si vous en êtes bénéficiaires
- Copie de l'attestation CMU + procuration à compléter uniquement si vous en êtes bénéficiaires

## PROCURATION CMU

**A compléter uniquement pour les bénéficiaires de la CMU**

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 29-12-1945)

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'assuré) : .....

Immatriculé sous le numéro : .....

Adresse : .....

Donne pouvoir à l'**ADAV** afin de :

- Percevoir les prestations de sécurité sociale qui me sont dues par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- D'en donner valablement acquit en lieu et place

Le .....

Signature du mandataire (ADAV)

Signature de l'assuré

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 :

- A 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 doit être donné)



# 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				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétacocq					
BCC					

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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	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 CLAPRÉS :**  
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.

## 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,.....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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## FICHE TROUSSEAU

feuille à détacher  
et à conserver par la famille jusqu'au départ

Nom de l'enfant :

Prénom :

Age :

Sexe :

\*\*\* A METTRE DANS LA VALISE LE JOUR DU DEPART \*\*\*

Toutes les pièces du trousseau doivent être marquées aux nom et prénom de l'enfant. **Le centre de vacances ainsi que l'association ne sont pas responsables en cas de perte du linge.** Le linge porté par l'enfant au départ doit être compris dans le trousseau.

NOMENCLATURE	Nombre Conseillé	Nombre Emporté	Remarques de l'animateur	
			ARRIVEE	DEPART
<b>NECESSAIRE DE TOILETTE :</b>				
serviette de toilette + 1 drap de bain	1 + 1			
gants de toilette	2			
trousse de toilette	1			
peigne ou brosse	1			
brosse à dents	1			
tube de dentifrice	1			
savon de toilette ou gel douche	1			
shampooing	1			
<b>PETIT LINGE DIVERS :</b>				
Mouchoirs (paquets)	5			
paires de chaussettes	7			
paires de chaussettes hautes	5			
<b>DIVERS :</b>				
serviette de table en papier (pas de serviette en tissus)	30			
crème protectrice Haute Protection 50	1			
stick pour les lèvres + après solaire	1			
sac à linge sale	1			
Lunettes de ski ou masque	1			
Gel hydroalcoolique	1			
alèse ( si besoin )	1			
Lampe de poche	1			
<b>CHAUSSURES :</b>				
paire de pantoufles ou nu-pied (pratique pour la sortie de douche)	1			
paire de chaussures de ville ou tennis	1			
paire d'après-ski	1			
<b>VETEMENTS :</b>				
Blouson adapté à la saison hiver	1			
Pantalon de ski	1			
survêtement ou jogging	1			
pulls chauds, polaires	2			
bonnet et/ou bandeau + écharpe	1+1			
Paire de gants de ski ou moufles	1			
<b>LINGE DE CORPS :</b>				
slips	7			
maillots de corps	7			
T-shirts / chemises / sous-pulls	4			
pyjamas	2			

\*\* Cette liste comprend le minimum qu'une valise **doit contenir** pour le bien-être et l'hygiène de votre enfant.

\* L'argent laissé dans les bagages ne sera pas pris en compte en cas de perte ou de vol ! **Ne prendre ni objets ni vêtements de valeur !**

• Si vous ajoutez des vêtements ou pièces non indiquées dans cette fiche, veuillez le mentionner au dos du présent document..

Cette fiche doit être placée dans la valise de l'enfant au-dessus des vêtements de préférence.

**Il est préférable de préparer le sac en présence de l'enfant pour qu'il puisse se familiariser avec ses vêtements.**

