

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

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

Date butoir des inscriptions : le 7 juin 2024
Commune d'inscription :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Le Temple sur Lot « Le temple des activités » | du 08 au 17 juillet 2024 (8-16 ans) |
| <input type="checkbox"/> Merschers « cocktail marin » | du 18 au 27 juillet 2024 (6-12 ans) |
| <input type="checkbox"/> Cambrils « Sous le soleil catalan » | du 23 juillet au 1er août 2024 – (13-17 ans) |
| <input type="checkbox"/> Sérénac « Tarn aventure » | du 04 au 14 août 2024 – (6-12 ans) |
| <input type="checkbox"/> Gava « Viva España » | du 12 au 22 août 2024 - (13-17 ans) |

Cadre réservé à la mairie (à remplir obligatoirement)

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

Montant du séjour délibéré par la commune :€

PARTICIPANT

NOM : Prénom :

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

Sexe : Fille Garçon Classe suivie :

Type de repas : normal sans porc sans viande autre : à préciser.....

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**)...../...../...../...../.....

Courriel (**obligatoire**) :@.....

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**

FAMILLE D'ACCUEIL (le cas échéant)

NOM : Prénom :

Adresse:.....

Code Postal : Ville :

Tél :/...../...../...../..... Portable (**obligatoire**)/...../...../...../.....

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.

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 personnel sécurisé)
- sur les réseaux sociaux (facebook...) du SIVOM, de l'ADAV et des communes adhérentes
- sur les différents supports de communication (flyer, catalogue, journal) du SIVOM, de l'ADAV et des communes adhérentes

Dans le cas contraire, merci de le préciser sur papier libre et d'annexer le document au dossier.

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

Autorise mon enfant à fumer des cigarettes, tout en respectant les règles de l'ADAV et les lois en vigueur. Les modalités de consommation seront fixées par l'équipe encadrante.

N'autorise pas mon enfant à fumer des cigarettes

SEJOURS EN ESPAGNE

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

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

NB : Les documents doivent être en cours de validité

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.

Conformément aux articles 15 à 17 du RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'effacement de ces données

Signature du représentant légal obligatoire



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



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)

Pour tous les séjours

TEST PREALABLE AUX ACTIVITES NAUTIQUES ETE 2024

(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)



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
Diphérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polioomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétarocq					
BCG					

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 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS 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 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.

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

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

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