



Séjour à St-Chaffrey - La Renardière

du 15 au 19 Juillet 2024

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance ___ / ___ / _____

Groupe 7 / 10 ans

Groupe 11 / 14 ans

Nom / prénom du responsable légal : _____

Adresse postale _____

Mail : _____ @ _____

Portable : _____

ECHEANCIER		Emetteur	Etablissement	N° chèque	Montant
1 ^{er} Versement *	€ le			N°	€
2 ^{ème} Versement	€ le			N°	€
3 ^{ème} Versement	€ le			N°	€

CONDITIONS D'ANNULATION

- En cas de désistement de la part d'une famille, nous nous efforcerons de contacter des parents dont les enfants sont inscrits sur une liste d'attente. Toutefois, si un remplacement ne peut être effectué, une indemnité sera retenue sur le montant total du séjour :
 - > 2 jours avant le départ 100 %
 - > De 3 à 20 jours avant le départ 70 %
 - > De 21 à 30 jours avant le départ 50 %
 - > + de 30 jours avant le départ..... 10 %
- Tout séjour interrompu ou abrégé, ou toute prestation non consommée du fait de l'adhérent, pour quelque cause que ce soit, ne donne lieu à aucun remboursement. Nous informons qu'il est possible de souscrire une assurance annulation, auprès de diverses assurances.

Je soussigné(e), _____ déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et accepte l'échéancier ainsi que les conditions d'annulation.

Signature, précédée de la mention « lu et approuvé »

à Saint Savournin, le ___ / ___ / 2024



Séjour à St-Chaffey – La Renardière du 15 au 19 juillet 2024

DOSSIER D'INSCRIPTION (DOCUMENT A CONSERVER)

DOCUMENTS A FOURNIR lors de l'inscription

- Fiche d'inscription ci-jointe
- Charte d'engagement (à signer par les parents et l'enfant)
- Copie certificat d'assurance Responsabilité Civile et activités extrascolaires (*mentionnant les nom, prénom de l'enfant et date fin de validité*)
- Fiche sanitaire (ci-jointe)

DOCUMENT A FOURNIR le plus rapidement possible

- Copie du test d'aisance aquatique. « Chaque stagiaire devra être en mesure de présenter une attestation de capacité à se déplacer dans l'eau sans présenter de signe de panique ».

DOCUMENT A FOURNIR le lundi 15 juillet (jour du départ)

- Certificat Médical à faire établir sur l'imprimé ci-joint

CONDITIONS D'ANNULATION

En cas de désistement, nous nous efforcerons de contacter des parents dont les enfants sont inscrits sur une liste d'attente. Toutefois, si un remplacement ne peut être effectué, une indemnité sera retenue sur le montant total du séjour :

- 2 jours avant le départ..... 100 %
- De 2 à 20 jours avant le départ..... 70 %
- De 21 à 30 jours avant le départ..... 50 %
- + de 30 jours avant le départ 10 %

Tout séjour interrompu ou abrégé, ou toute prestation non consommée du fait de l'adhérent, pour quelque cause que ce soit, ne donne lieu à aucun remboursement. Nous informons qu'il est possible de souscrire une assurance annulation, auprès de diverses assurances.

ECHEANCIER

Nom : _____

Prénom : _____

Total à payer..... €

1^{er} Versement *€ à l'inscription

2^{ème} Versement€ le 30 avril

3^{ème} Versement€ le 30 mai

Mairie de Saint-Savournin
centre-aere@mairie-stsavournin.fr
l.hugues@mairie-stsavournin.fr



Séjour à St-Chaffrey - La Renardière du 15 au 19 Juillet 2024

TROUSSEAU

Recommandations concernant le linge

Trousseau	Quantité Conseillée (y compris tenue du jour du départ)	Quantité Donnée
Sous-vêtements	6	
Chaussettes	6 paires dont 1 chaude	
Pantalons	3	
Pulls ou polaires	2	
Tee-shirts	6 dont 3 manches longues	
Robe, jupe	1	
Shorts	1	
Serviette de toilette	2	
K-Way	1	
Pyjama	1	
Petite écharpe ou foulard	1	
Nécessaire de toilette :		
Savon, shampoing, gel douche, dentifrice, brosse à dents, brosse à cheveux, coton tiges, gants, mouchoirs...	1	
Divers :		
Pantoufles, tongs, vieille paire de baskets, lampe de poche, sac de linge sale	1	
Chaussures d'eau	1	
Petit sac à dos + gourde	1	
Crème solaire + casquette	1	
Maillot de bain	1	
Duvet	1	

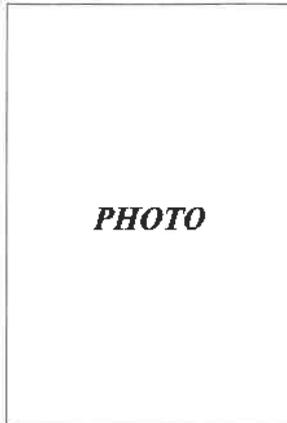
Pensez à ne pas laisser d'objets de valeur à vos enfants, ils ne seront pas assurés par la Mairie de Saint Savournin.

**IL EST SOUHAITABLE DE MARQUER LES VETEMENTS
AFIN D'EVITER TOUT PROBLEME**



Séjour à St-Chaffrey - La Renardière

du 15 au 19 Juillet 2024



FICHE D'INSCRIPTION

NOM _____

Prénom _____

Date de Naissance ___/___/___

Classe : _____

PHOTO

N°allocataire CAF : _____ Votre régime sécurité sociale : Général Autre (préciser) : _____

Merci de préciser le responsable légal en cochant l'une des cases ci-dessous

Situation familiale : *célibataire, marié(e), pacsé(e), vie maritale, concubin, veuf (ve), divorcé(e)*, séparé(e)**

Autorité parentale conjointe mère uniquement père uniquement autre à préciser

MERE

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Domicile

Portable

Travail

Profession :

@

PERE

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Domicile

Portable

Travail

Profession :

@

Frères et Sœurs (Nom, prénom et date de naissance) :

(*) En cas de divorce ou de séparation, veuillez indiquer ci-dessous les nom, prénom, adresse, téléphone de l'autre parent

Autorisation parentale

Je soussigné(e).....

responsable légal de l'enfant

1. Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
2. M'engage à rembourser l'intégralité des frais médicaux avancés durant ce séjour
3. Certifie que mon enfant est à jour de ses vaccinations et je remplis à cet effet la fiche sanitaire ci-jointe
4. autorise n'autorise pas
la prise de vue de mon enfant seul ou en groupe, le développement des photos en grande surface, l'affichage ou la publication des photos.

Fait à Saint Savournin, le ___/___/2024

Signature des parents :



Séjour à St-Chaffrey - La Renardière du 15 au 19 Juillet 2024

CHARTRE D'ENGAGEMENT DES PARTICIPANTS

Pour le bon fonctionnement du séjour, nous demandons aux participants de s'engager à respecter le règlement des séjours de vacances de la Ville de Saint Savournin en signant le contrat ci-après :

JE M'ENGAGE :

- A respecter les règles de fonctionnement établies par l'équipe d'animation, les règles du lieu d'accueil ainsi que celles présentées par les prestataires d'activités.
- A participer aux tâches de la vie quotidienne : confection des repas, vaisselle, nettoyage des tables, en fonction d'un tableau établi en début de séjour et équitable pour tous (lorsque cela est prévu dans le séjour).
- A avoir une attitude correcte excluant la violence et la grossièreté dans la façon de s'adresser aussi bien aux adultes qu'aux autres participants.
- A respecter le centre et le matériel mis à disposition par les prestataires et par les animateur du centre de loisirs.

JE SAIS QUE :

- L'introduction et l'usage de la drogue, sont formellement interdits et entraînent un renvoi immédiat. Dans le cas de vente, un signalement sera fait auprès des services compétents.
- L'achat et/ou la consommation d'alcool sont interdits que ce soit dans le centre ou à l'extérieur.
- Il est interdit de fumer.
- L'utilisation des téléphones portables sont soumis à réglementation (utilisation sous conditions).
- Les vols, dégâts et actes de vandalisme ne sont couverts par aucune assurance. La réparation des dommages sera payée par mon argent de poche si le montant le permet, dans le cas contraire les frais seront dus par les parents.

En cas de non-respect de l'une de ces règles (et en fonction de sa gravité), le jeune sera une première fois averti et mis en relation avec ses parents. **En cas de récidive une mesure de renvoi pourra être décidée. Dans ce cas les frais de retour et d'accompagnement seront intégralement à la charge de la famille. Aucun remboursement total ou partiel du séjour ne sera dû par la Ville de Saint Savournin.**

Nous, soussigné(e)s, (nom et prénom des parents et de l'enfant)

Acceptons le présent règlement intérieur.

Fait à Saint Savournin, le ____/____/ 2024

Signature des parents

Signature de l'enfant



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ENFANT

NOM _____

Prénom _____

Date de Naissance _____

GARÇON FILLE

• **VACCINATIONS** (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES : Dates des derniers rappels

Diphérie.....
Tétanos.....
Poliomyélite.....
Ou DT polio.....
Ou Tétracoq.....

VACCINS RECOMMANDÉS : Dates des derniers rappels

Hépatite B.....
Rubéole—Oreillons—Rougeole.....
Coqueluche.....
BCG.....
Autres (préciser).....

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat de contre-indication

Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

• **RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il actuellement 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 pris sans ordonnance.

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

RUBEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

• **ALLERGIES** : ASTHME..... oui non MEDICAMENTEUSES..... oui non
ALIMENTAIRES..... oui non AUTRES.....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

• **INDIQUEZ CI-APRES LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE :**

• **NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)**

• **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS** : VOTRE ENFANT PORTE-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ.

• **REGIME ALIMENTAIRE** : L'enfant mange-t-il du porc ? .. oui non

• **RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT** :

NOM..... Prénom..... Lien de parenté avec l'enfant :.....

ADRESSE.....

domicile : portable : professionnel :

EMAIL.....

Coordonnées de l'autre parent

NOM..... Prénom..... Lien de parenté avec l'enfant :.....

ADRESSE.....

domicile : portable : professionnel :

Autorité parentale conjointe mère uniquement père uniquement autre à préciser

Je soussigné(e),
responsable légal de l'enfant
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :



Séjour à St-Chaffrey - La Renardière du 15 au 19 Juillet 2024

CERTIFICAT MEDICAL

A remettre le jour du départ : Lundi 15 juillet

L'admission d'un mineur en centre de vacances est conditionnée à la fourniture préalable d'un certificat médical de non-contre-indication à la (ou les) activité(s) physique(s) pratiquée(s) dans le cadre du séjour. (Extrait de l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs mentionné à l'article L. 227-4 du code de l'action sociale et des familles).

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Je soussigné(e) M _____, Docteur en médecine, certifie avoir examiné, ce jour, l'enfant (Nom, prénom) _____

Et atteste :

- ✓ de son aptitude à pratiquer les activités physiques et sportives mentionnées au programme du séjour cité ci-dessus,
- ✓ que celui-ci est à jour de ses vaccins obligatoires.

Sports dont la pratique n'est pas autorisée : _____

Fait à _____, Le ____/____/2024

Signature et cachet du médecin