



Inscriptions séjour Octobre 2024

“ Paris ” - Du 21 au 25 octobre 2024

Inscriptions du 19 au 25 septembre 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 de la moitié de la participation familiale
- photocopie CMU (si bénéficiaire) ou la mutuelle
- l'attestation de droit de la sécurité sociale

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 :



Conditions générales séjour Octobre 2024



"Paris" Du 21 au 25 octobre 2024

Inscriptions du 19 au 25 septembre 2024



Les Dates, lieu et transport

Le séjour est prévu du lundi 21 au vendredi 25 octobre 2024. Les jeunes seront hébergés au gîte "Au bois chalet" à May - en - Multien (77).

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 : - Séjour éligible au PASS COLO

QF < ou = 369

110.81 €

370 < ou = QF < ou = 600

117.12 €

QF < ou = 601

123.41 €

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 1er octobre : Le remboursement total



Après le 1er octobre : Le premier versement restera acquis à la mairie, sauf si la place est pourvue par un autre jeune.



Séjour Octobre 2024

Journée au Parc Astérix



Autorisation parentale de quartier libre



Lors de la journée au parc Astérix prévue le jeudi 24 octobre 2024, les jeunes peuvent, avec une autorisation parentale, être en quartier libre lors de cette journée sous certaines conditions.

Voici les conditions du quartier libre :

- Des groupes de 4 ados minimum.
- Un numéro de téléphone dans chaque groupe.
- Les jeunes auront les numéros de téléphone de l'équipe d'animation.
- L'équipe d'animation aura les numéros de téléphone des jeunes.
- Des horaires de regroupement sont donnés aux groupes en quartier libre, si les ados ne les respectent pas, le quartier libre sera terminé pour ce groupe.
- Chaque groupe aura un plan du parc avec le point de rassemblement entouré.
- En fonction également du comportement lors du séjour, le quartier libre pourra être refusé par l'équipe.

Je soussigné(e), parent ou tuteur de

- Autorise mon enfant à être en quartier libre à Astérix
- N'autorise pas mon enfant à être en quartier libre à Astérix

Date et Signature



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 : _____

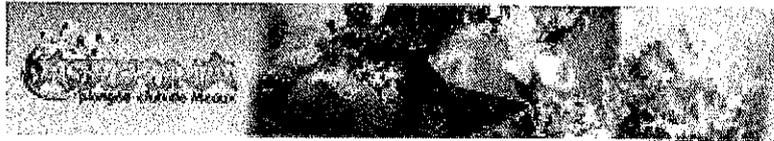
Je soussigné(e), _____ responsable légal de l'enfant _____
- certifie exact l'ensemble des renseignements portés sur cette fiche et m'engage à signaler toutes modifications,
- autorise le ou la responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, 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.



Fait à Meaux le :

AUTORISATION PARENTALE

Pour mineurs

Je soussigné(e) M/ /

Mme :

Demeurant :

.....

Autorise mon fils / ma fille * : Né(e) le :

.....

A participer à un baptême de plongée sous-marine

Je déclare m'être assuré(e) auparavant auprès de mon médecin qu'aucune contre-indication médicale n'interdit à mon fils / ma fille de pratiquer la plongée sous-marine,

De ce fait, le club de plongée ASTERINA ne pourra être tenu responsable des incidents survenus à cause d'une contre-indication non mentionnée lors de la prise de contact.

J'autorise / je n'autorise pas * le club ASTERINA à mettre sur son site internet la photo de mon enfant prise lors de ce baptême.

Signature : du parent ou titulaire responsable

* Payer la retenue sociale