



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

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

- Du samedi 24 février au 02 mars 2024 (La Chapelle d'Abondance)
- Du vendredi 1^{er} au 08 mars 2024 (La Chapelle d'Abondance)

Date butoir des inscriptions : le 05 janvier 2024

Commune d'inscription :

<u>Cadre réservé à la mairie</u>	
N° allocataire CAF :	Quotient familial de la famille : AVE : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Montant du séjour (sans l'aide de la CAF) :€	

PARTICIPANT
NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Sexe : <input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> 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 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 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^{ère} étoile
- 1^{ère} étoile - L'enfant préparera la 2^{ème} étoile
- 2^{ème} étoile - L'enfant préparera la 3^{ème} étoile
- 3^{ème} 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 XS S M L XL

Manteau de ski :

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

Moufles :

6 ans 8 ans 10 ans 12 ans 14 ans

Gants :

XS S M L XL

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



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

CARÇON 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 Tétacoq					
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 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 CLAIRÈS :
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

Séjours hiver 2024 - documents à fournir

Séjour proposé	Dates des séjours	Documents à fournir obligatoirement à l'inscription	Date limite d'inscription	Documents à fournir au moment du départ
La Chapelle d'Abondance	<p>Du 24/02 au 02/03/2024</p> <p>Du 1^{er} au 08/03/2024</p>	<p><input type="checkbox"/> Dossier d'inscription complété et signé (page 1, 2 et 3)</p> <p><input type="checkbox"/> Fiche sanitaire complétée et signée (page 5)</p> <p><input type="checkbox"/> Copie du carnet de santé ou du carnet de vaccinations</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Pour les bénéficiaires de la CMU :</u> procuration à compléter et signer si la famille est bénéficiaire (page 4) + Copie de l'attestation CMU +</p> <p><input type="checkbox"/> <u>Pour les bénéficiaires des aides de la CAF</u> Copie de la notification Aide aux Temps Libres 2024 de la CAF</p>	05/01/2024	Fiche trousseau à mettre dans la valise (page 6)