



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

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

Du dimanche 21 au dimanche 28 avril 2024 (les Arcs)

Date butoir des inscriptions : le 1^{er} mars 2024

Commune d'inscription : Lapugnoy

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 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 XXL

Manteau de ski :

6 ans 8 ans 10 ans 12 ans 14 ans

XS S M L XL XXL

Moufles :

6 ans 8 ans 10 ans 12 ans 14 ans

OU

Gants :

XS S M L XL XXL

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 VALIDÉE**



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 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 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 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(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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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