

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

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

« Terre et mer » du 09 au 18 juillet 2025 (La Rochelle)
« Bella Italia » du 19 au 28 juillet 2025 (Cesenatico)
« Aventure Land » du 03 au 12 août 2025 (Pissos)

« Folie en Aveyron » du 10 au 19 août 2025 (Najac)
« Viva España » du 11 au 20 août 2025 (Gava)
Date butoir des inscriptions : le 06 juin 2025

Commune d'inscription :

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 :

Téléphone :

Portable (obligatoire pour les départs et retours) :

Mail (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.S.S ? 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 :

Téléphone :

Portable (obligatoire pour les départs et retours) :

Mail (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 l'image de mon enfant individuellement ou en groupe :

sur le blog spécifique au séjour (accès personnel sécurisé)

sur le site internet du SIVOM de la Communauté du Béthunois, de l'ADAV et des communes adhérentes

sur les réseaux sociaux (facebook...) du SIVOM de la Communauté du Béthunois, de l'ADAV et des communes adhérentes

sur les différents supports de communication (flyer, catalogue, journal, ...) du SIVOM de la Communauté du Béthunois, de l'ADAV et des communes adhérentes

ATTESTATION D'AUTORISATION DE FUMER ET/OU DE VAPOTER (pour les plus de 16 ans)

N'autorise pas mon enfant à fumer des cigarettes et/ou à vapoter.

Autorise mon enfant à fumer des cigarettes et/ou à vapoter avec modération, tout en respectant les règles de l'ADAV et les lois en vigueur.

Pour le retour, mon enfant peut être confié à
(présentation d'une pièce d'identité obligatoire).

Attention, toute personne reprennant un enfant à la demande des parents devra être majeure et se présenter avec une pièce d'identité à l'animateur.

SÉJOURS À L'ÉTRANGER

Carte d'identité : N°

date d'expiration : / /

ou Passeport : N°

date d'expiration : / /

Les documents doivent être en cours de validité.

RÉUNIONS

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

Les données collectées sur ce formulaire seront communiquées aux seuls services du SIVOM de la communauté du Béthunois et conservées pendant la durée nécessaire au traitement de votre demande. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition au traitement de vos données, que vous pouvez exercer via le formulaire de contact disponible sur le site <https://www.sivom-bethunois.fr/>

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêt du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
.....
TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
.....
TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

POUR TOUS LES SÉJOURS

TEST PRÉALABLE AUX ACTIVITÉS NAUTIQUES ÉTÉ 2025

(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 années futures (validité permanente).