



**SEJOURS
VACANCES**
PROJET INTERCOMMUNAL
CCVALLESPIR
ENFANCE/JEUNESSE

Dossier d'inscription SEJOURS VACANCES



Communauté de Communes du Vallespir

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 1^{er} étage, 66400 Céret
Tél : 04 68 21 20 66 www.vallespir.com

Contact responsable séjours vacances : 07 82 12 51 63 – t.simonetti@vallespir.com



Fiche d'inscription 2022-2023

Photo de
l'enfant

1. L'ENFANT

Nom : Prénom : Garçon Fille

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Etablissement scolaire fréquenté : Classe :

L'enfant bénéficie d'un accompagnement spécifique : CAMSP CMP CMPP IME ITEP SESSAD

PPS Projet personnel de Scolarisation AUTRES Précisez :

2. L'ACCUEIL

Séjour vacances Déjà adhérent(e) à un accueil CCV Préciser :

3. RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre : Autorité parentale oui non

Nom : Prénom : date de naissance : / /

Adresse : CP : Ville :

Tél Tél prof Email @

4. RESPONSABLE LÉGAL N°2 Père Mère Autre : Autorité parentale oui non

Nom : Prénom : Email @

Adresse : CP : Ville :

Tél Tél prof Email @

5. ATTESTATION ASSURANCE (extrascolaire ou responsabilité civile) :

N° de contrat : Compagnie d'assurance :

6. RENSEIGNEMENTS SUR L'ALLOCATAIRE

CAF MSA ou autres régimes (à préciser) de : N° d'allocataire

Le responsable des séjours vacances sera amené à consulter CDAP afin de regarder votre Quotient familial et d'ajuster votre tarif au plus près de vos ressources.

7. FACTURATION :

J'accepte de recevoir ma facture par email en lieu et place d'une version postale Oui Non

8. DÉCLARATIONS ET SIGNATURES :

- J'ai pris connaissance du règlement intérieur du séjour et je l'accepte dans son intégralité.
- J'autorise mon enfant à participer aux activités organisées dans le cadre des séjours vacances.
- J'autorise la direction des séjours vacances à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
- Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à une éventuelle intervention.
- J'autorise la personne habilitée à consulter mon quotient familial sur le site CDAP.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier.
- Je m'engage à fournir les documents officiels permettant d'attester de mesures spécifiques de garde alternée ou tout autre garde séparée.

Fait à :
Nom du signataire :

Le:
Signature :

Fiche sanitaire de liaison 2022-2023

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Tout changement de l'état de santé de votre enfant devra être signalé dans les meilleurs délais à la direction.

1. L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de Naissance :/...../..... Garçon Fille

2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père Mère Autre : Nom : Prénom :

Adresse : CP : Ville :

Parent 1: Tél port. Tél maison Tél prof

Parent 2: Tél port. Tél maison Tél prof

Numéro de sécurité sociale (Affilié à l'enfant) Caisse :

3. VACCINATIONS (compléter ou joindre la photocopie du carnet de vaccination)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DU DERNIER RAPPEL |
|----------------------|-----|-----|-------------------------|
| Diphtérie | | | |
| Tétanos | | | |
| Poliomyélite | | | |
| Ou DT polio | | | |
| Ou Tetracoq | | | |
| Autres (préciser) | | | |

4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Reconnaissance MDPH OUI NON Bénéficiaire de l'AEEH OUI NON

L'enfant suit-il un traitement médical permanent (PAI) ? OUI NON

Si oui joindre une copie du PAI ainsi qu'une trousse de secours complète conforme au PAI

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Varicelle OUI NON

Rubéole OUI NON

Scarlatine OUI NON

Angine OUI NON

Coqueluche OUI NON

Rougeole OUI NON

Oreillons OUI NON

Otite OUI NON

Rhumatisme articulaire OUI NON

Allergies :

Asthme OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Alimentaires OUI NON

Les piqûres d'insectes OUI NON

Précisez :

Informations complémentaires : Difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

Précautions à prendre :

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

.....

Avez-vous des informations et/ou des conseils à communiquer à l'équipe pour accompagner votre enfant sur le temps du repas ?

.....

En tant que responsable légal, j'autorise la direction des séjours vacances à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Nom du signataire :

Signature :

Le :

1. L'ENFANT

Nom : Prénom:.....

Date de Naissance :/...../..... Garçon Fille**2. LE RESPONSABLE LÉGAL**

Nom : Prénom:.....

Lien avec l'enfant : Père Mère Autre, précisez :**3. DROIT À L'IMAGE**

J'autorise le service Enfance Jeunesse à utiliser l'image de mon enfant, dans tout support de communication (site internet et réseaux sociaux gérés par la collectivité, brochures, vidéos, support audio, journaux, blog famille, activités du centre, photographie, newsletter) pour une durée déterminée et à des fins non commerciales en France. Ces informations seront tenues à votre disposition en cas de demande formulée par écrit, pour opposition ou modification.

Fait à :

Le :

Signature :

4. PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT Mon enfant est autorisé à rentrer seul après le séjour

En tant que responsable légal, j'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant aux heures de départ de du séjour. Ces dernières devront se munir d'une preuve d'identité, sans laquelle l'enfant ne pourrait pas quitter l'accueil. L'autorisation est valable de la date de signature jusqu'au 31 août de l'année scolaire en cours. **J'informe la direction de tout changement dans ces autorisations (rajout ou annulation).**

| NOM | PRÉNOM | LIEN AVEC L'ENFANT | TELEPHONE |
|-----|--------|--------------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Fait à :

Le :

Nom du signataire et signature :

Observations :

Pièces à fournir lors de l'inscription (1 dossier par enfant) :

- Dossier d'inscription complet (fiche d'inscription, fiche sanitaire et autorisation parentale)
- Dernière attestation d'allocataire (pour le calcul du tarif selon Quotient familial),
- Attestation d'assurance extrascolaire ou de responsabilité civile,
- Photocopie des vaccinations,
- Documents officiels permettant d'attester de mesures spécifiques de garde alternée ou tout autre garde séparée.
- Attestation pour les bénéficiaires de l'Aeeh ou un document permettant d'attester d'un suivi spécifique de l'enfant (Camsp, Sessad, Safep...). **Ces documents permettent à la structure de loisirs de bénéficier d'une aide complémentaire pour l'accueil.**
- * **documents supplémentaires en cas de séjours à l'étranger (carte européenne d'assuré social, copie de la pièce d'identité de l'enfant, autorisation de sortie de territoire)**

La présentation d'un justificatif de domicile peut être sollicitée par la direction de l'accueil de loisirs



Contact Séjours Vacances :

Service Enfance Jeunesse Intercommunal, place Henri Guitard 66400 Céret


☎ 04 68 21 20 66 - 07 82 12 51 63 ✉ t.simonetti@vallespir.com

 Séjours Vacances Vallespir

Autres Structures jeunesse de la communauté de communes du Vallespir :


Accueil Ado de Céret, place Henri Guitard 66400 Céret

☎ 04 68 21 20 66 - 06 09 58 84 24 ✉ accueilado.ceret@vallespir.com

 Accueil ado de Céret

Accueil de loisirs maternel et élémentaire de Maureillas, route de St Jean 66480 Maureillas

☎ 04 68 85 91 73 - 06 29 24 77 29 ✉ alsh.maureillas@vallespir.com

 Maureillas Accueil de loisirs Els Patufets

Accueil de loisirs maternel du Boulou, école rue Ronsard 66160 Le Boulou

☎ 04 68 21 12 70 - 06 01 12 21 69 ✉ almaterleboulou@vallespir.com

 Boulou Accueil de loisirs