

SERVICE SEJOURS LOISIRS EDUCATIFS

DOSSIER D'INSCRIPTION

Merci de nous retourner ce dossier accompagné OBLIGATOIREMENT des pièces suivantes :

- ☐ Fiche d'inscription complétée et signée
- ☐ Chèque d'arrhes de 30% du coût du séjour
- ☐ Fiche sanitaire complétée et signée avec les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé
- ☐ Passeport vacances CAF (si vous en êtes bénéficiaire)
- ☐ Photocopie de l'attestation CMU (si vous en êtes bénéficiaire)
- ☐ L'autorisation de prise de vue (formulaire ci-joint)
- ☐ L'attestation à la pratique des activités nautiques. (Si activités nautiques sur le séjour choisi, il est **OBLIGATOIRE** de fournir une attestation ou un diplôme équivalent (diplôme scolaire...) formulaire ci-joint A FAIRE REMPLIR PAR UN MAITRE-NAGEUR (seul habilité à le faire)

ATTENTION

L'INSCRIPTION NE SERA EFFECTIVE QU'A RECEPTION DU DOSSIER COMPLET

SEJOUR CHOISI

Lieu : _____ du ____/____/____ au ____/____/____

Nom du séjour : _____

Lieu de départ : _____

NOM DE L'ENFANT

Prénom

Fille
Garçon (1)

Date de naissance : ____/____/____

Age (au moment du séjour) : _____

Adhérent n° : _____ Association : _____

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : Père - Mère - Tuteur / Mariés - Divorcés - Célibataire - Vie maritale - Veuf (1)

NOM : _____ Prénom : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

☎ Domicile : ____/____/____/____/____ ☎ Portables : ____/____/____/____/____/____/____/____

☎ Professionnel du père : ____/____/____/____/____ ☎ Professionnel de la mère : ____/____/____/____/____

Email : _____

Profession du père : _____

Employeur : _____

Profession de la mère : _____

Employeur : _____

Nombre d'enfants à charge : _____ Ages : ____/____/____/____

Aide aux vacances CAF 87 : OUI / NON ➔ joindre **OBLIGATOIREMENT** la photocopie du Passeport Vacances
☐ J'autorise la Ligue de l'Enseignement à recueillir des informations concernant mon droit au passeport jeunes 2024 auprès de la CAF de la Haute-Vienne afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches.

SI L'ENFANT VIT EN FAMILLE D'ACCUEIL

Nom Prénom _____

Adresse _____

Tél. : ____/____/____/____/____

SI L'ENFANT VIT EN FOYER

Nom _____

Adresse _____

Tél : ____/____/____/____/____

A _____ le ____/____/____

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente.

Signature du responsable légal

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT
UN ACOMPTE DE 30%**

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Nous, soussignés, _____ père/mère/tuteur,
responsables de l'enfant _____

- Autorisons notre enfant, inscrit ci-dessus, à participer à toutes les activités organisées pendant son séjour en centre de vacances.
- Autorisons le directeur du séjour à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales d'urgence, selon les prescriptions du médecin consulté.
- Nous engageons à rembourser à la Ligue de l'Enseignement / FOL Haute-Vienne les frais d'honoraires de médecin, les frais de pharmacie, les frais d'hospitalisation et d'opération ou toute intervention pour la sécurité de notre enfant ayant entraîné des frais. Ces frais nous seront justifiés.
- Nous engageons à payer la totalité des frais de séjour restant à notre charge (coût du séjour déduction faites des aides déjà versées à la Ligue de l'Enseignement / FOL Haute-Vienne).
- Nous engageons à prendre en charge les suppléments dus à un retour individuel de notre enfant, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.
- Acceptons que notre enfant ne puisse quitter le centre de vacances en cours de séjour, qu'avec nous-même ou un membre de la famille en possession d'une décharge de responsabilité à l'attention du directeur du centre de vacances.
- **Personnes autorisées à récupérer l'enfant le jour du retour**

NOM / PRENOM	TELEPHONE et N° CARTE IDENTITE

A _____ le ____/____/____

Ecrire à la main, "Lu et approuvé" et signer.



FICHE SANITAIRE

A RETOURNER A LA LIGUE 87 AVANT LE DEPART
22 rue du Lieutenant Meynieux – 87000 LIMOGES

CENTRE : _____ **SEJOUR :** _____

DATES : du ____/____/____ au ____/____/____

L'ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ **Sexe :** ☐ F ☐ G

Adresse : _____

NATATION : l'enfant sait-il nager ? ☐ oui (**fournir le test d'aisance aquatique**) ☐ non

L'enfant a-t-il fréquenté un accueil de loisirs : ☐ oui ☐ non

L'enfant vient-il pour la première fois en centre de vacances : ☐ oui ☐ non

Si "NON", centres fréquentés les deux dernières années :

LIEU et DATES		ORGANISME

Existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ?

Si oui, lesquelles ?

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ? ☐ oui ☐ non

Votre enfant est-il bénéficiaire d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? ☐ oui ☐ non

Si OUI, joindre obligatoirement la copie du PAI

LES PARENTS ou RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL : PÈRE / MÈRE / TUTEUR

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville _____

Email : _____

☎ Fixe : ____/____/____/____/____

Portable père : ____/____/____/____/____ Portable mère : ____/____/____/____/____

☎ Travail père : ____/____/____/____/____ ☎ travail mère : ____/____/____/____/____

SI L'ENFANT EST CONFIE A UNE INSTITUTION

NOM : _____

Tél. : ____/____/____/____/____ Tél. astreinte 24/24 : ____/____/____/____/____

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

SI VOUS ETES BENEFICIAIRE DE LA C.M.U. JOINDRE IMPÉRATIVEMENT A CE DOSSIER LA
PHOTOCOPIE DE VOTRE ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE ET LA PHOTOCOPIE DE
VOTRE CARTE VITALE. N° de Sécurité Sociale : ____/____/____/____/____/____

Nom et adresse de votre caisse de Sécurité Sociale :

Nom et adresse de votre Mutuelle :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Taille : _____ cm Poids : _____ kg

Votre enfant est-il asthmatique ? ☐ oui ☐ non

Votre enfant est-il allergique ? ☐ oui ☐ non Merci de préciser le type d'allergie :

Votre enfant est-il incontinent d'urine de façon habituelle ? ☐ oui ☐ non

Votre enfant est-il incontinent d'urine de façon accidentelle ? ☐ oui ☐ non

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ? ☐ oui ☐ non

Si "oui", lesquelles et à quelles dates ? : _____

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? ☐ oui ☐ non

Référence des verres : _____

VACCINATIONS

FOURNIR LES PHOTOCOPIES DES PAGES DU CARNET DE SANTE

Médicaments et soins journaliers - JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORDONNANCE

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER OU DE FILMER

A joindre à la fiche sanitaire

Je, soussigné(e) _____

père, mère, représentant légal (Rayer la mention inutile)

autorise la Ligue de l'Enseignement / F.O.L. Haute-Vienne à effectuer des prises de vues de l'enfant :

Nom _____ Prénom _____ lors de son séjour en
centre de vacances et à utiliser - à des fins de communication et de diffusion - tout ou partie des
enregistrements ou produits multimédias qui en seraient issus.

Fait à _____ le ____/____/____

"Lu et approuvé"

Signature :

ATTESTATION D'APTITUDE PREALABLE A LA PRATIQUE DES ACTIVITES NAUTIQUES DANS LES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS

(arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R .227-13 du code de l'action sociale et des familles)

Dans le cadre d'accueils collectifs de mineurs en centre de vacances ou centre de loisirs, **la pratique des activités nautiques est subordonnée à la production d'une attestation d'aptitude**. Sont concernés : la voile, le surf, le canoë, le kayak, la descente de canyon, le ski nautique, la nage en eau libre, le radeau et les activités de navigation associées.

Le test est à effectuer en piscine.

Seules les personnes possédant les qualifications suivantes sont habilitées à remplir cette attestation : maître-nageur sauveteur, brevet national de sécurité aquatique (BNSSA), brevet d'état d'éducateur sportif (BEES) dans l'activité nautique considérée ou les autorités de l'Education Nationale dans le cadre scolaire.

Je soussigné _____

Titulaire du diplôme _____ N° _____

Certifie que (nom, prénom de l'enfant) : _____

Né le : ____/____/____

A satisfait aux tests préalables à la pratique des activités nautiques en accueils collectifs de mineurs, tels qu'ils sont définis dans l'article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R.227-13 du code de l'action sociale et des familles :

- Effectuer un saut dans l'eau
- Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes
- Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes
- Nager sur le ventre pendant 20 mètres
- Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant

Epreuves effectuées en piscine

Epreuves effectuées en brassières

Fait à _____ le ____/____/____

Signature :

Cachet :

TROUSSEAU

A mettre dans la valise

NOM _____ Prénom _____

CENTRE _____

SEJOUR du ____/____/____ au ____/____/____

COMMENT UTILISER CETTE FICHE ?

Cette fiche permet de dresser l'inventaire du trousseau. Tous les articles ne sont pas nécessairement indispensables. Merci de vous référer à la fiche descriptive du séjour choisi pour les particularités éventuelles.

Cette liste indicative est prévue pour les séjours de 2 semaines, adaptez les quantités selon la durée du séjour choisi.

Le lavage du linge est assuré sur les séjours de plus de 8 jours.

A LA MAISON

Nous vous recommandons de préparer la valise en présence de l'enfant - même s'il est très jeune - il apprendra ainsi à mieux reconnaître ses affaires. Vous devez noter dans la colonne « fournie par les parents » le nombre de vêtement que vous mettez dans la valise, **y compris ceux portés par l'enfant le jour du départ**. Pour les plus petits, ne pas oublier le « doudou ».

A L'ARRIVEE AU CENTRE

Le contenu du trousseau sera contrôlé par l'animateur référent, en présence de votre enfant. C'est le pointage « relevé à l'arrivée » et la même chose sera faite au départ, pointage « relevé au départ ». Ces contrôles sont effectués pour les enfants de moins de 12 ans. Au-delà, nous estimons que l'enfant est capable d'assumer seul la gestion de son trousseau.

IMPORTANT

Toutes les pièces du trousseau doivent être marquées au nom de l'enfant (feutre indélébile ou étiquettes cousues). Nous ne pourrions engager notre responsabilité en cas de disparition de linge non ou insuffisamment marqué. Nous vous déconseillons de donner à votre enfant des objets de valeur ou des vêtements trop coûteux et trop fragiles.

DESIGNATION		QUANTITE			
		conseillée	fournie par les parents	relevée à l'arrivée	relevée au départ
SOUS-VÊTEMENTS	Slips ou culottes	8			
	Soutien-gorge	4			
	T-shirt	8			
	Chaussettes	6			
NUIT	Pyjama ou chemise de nuit	2			
VÊTEMENTS	Short ou bermuda	4			
	Jupe ou robe	2			
	Pantalon, jeans	2			
	Survêtement	1			
	Pull-over/sweat shirt	2			
	Coupe vent	1			
	Maillot de bain - caleçon interdit	1			
CHAUSSURES	Nu-pieds ou tongs	1			
	Tennis ou baskets	1			
AFFAIRES DE TOILETTE	Serviette de toilette	2			
	Gant de toilette	2			
	Drap de bain	1			
	Brosse à dent/dentifrice	1			
	Peigne/Savon/Shampooing	1			
PROTECTION	Casquette ou chapeau	1			
	Lunettes de soleil	1			
	Crème solaire	1			
SEJOUR MER	Serviette de plage	1			
	Tennis usagées (pour la voile)	1			
SEJOUR MONTAGNE	Chaussures de marche	1			
	Chaussettes de laine	2			
	Pull chaud / polaire	2			
	Blouson chaud	1			
SEJOUR SKI	Combinaison ou pantalon ski	2			
	Bottes après-ski	1			
	Gants de ski	1			
	Echarpe et bonnet	1			
	Ecran total - OBLIGATOIRE	1			
DIVERS	Sac à dos	1			
	Sac de couchage (pour St Pardoux)	1			
	Gourde	1			
	Enveloppes timbrées				

***LES DRAPS SONT FOURNIS SUR TOUS LES SEJOURS**

SAUF LE SEJOUR SOUS TENTE A ST PARDOUX : PREVOIR SAC DE COUCHAGE + TAPIS DE SOL