

SEJOUR EN HEBERGEMENT ADOS 12-17 ANS / JUILLET 2021

PHOTO

FICHE D'INSCRIPTION

Lieu de Séjour : Village vacances « La Semeuse », Berthemont les Bains
06450 Roquebillière

Dates du Séjour : Du dimanche 4 Juillet après-midi au vendredi 9 Juillet 2021 après-midi

L'ENFANT :

Nom et Prénom :

Date et Lieu de Naissance :

Sexe F M

Adresse où réside l'enfant :

.....

RESPONSABLES LEGAUX :

Marié Divorcé Vie maritale Séparé Veuf Pacsé Célibataire

Qualité	Père (tuteur)	Mère (tutrice)
NOM		
Prénom		
N° Sécurité Sociale		
Régime d'appartenance (général, MSA, Monégasque)		
Profession		
Adresse		
Email (lisible) @		
Tél. personnel		
Tél. professionnel		

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (+ fiche sanitaire à fournir):

1) Protocole d'Accueil Individualisé OUI NON
Joindre le Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I)

2) En cas d'urgence, les frais médicaux seront avancés par l'organisateur du séjour et devront être remboursés par le responsable légal de l'enfant dès la fin du séjour.

RENSEIGNEMENTS DIVERS :

1) J'autorise mon enfant à participer au centre de vacances et à toutes les activités de ce centre.

OUI

2) Droit à l'image : Autorisons gracieusement la publication d'images de notre enfant dans la presse locale ou nationale et sur tous les supports de communication de la ville et du département (journal municipal, site Internet, films, affiches, dépliants, expositions, réseaux sociaux etc...)

N'autorisons pas la publication d'images de notre enfant.

3) Quelle somme d'argent de poche l'enfant recevra t-il au départ ? (50 € maximum)

4) Nous vous conseillons de marquer le linge de votre enfant.

La Ville de Mougins ne peut être tenue responsable de vol, de la perte ou de la dégradation d'effets ou d'objets personnels. Nous déconseillons les vêtements de marque et objets de valeur. La Ville de Mougins décline toute responsabilité quant aux modifications ou même annulations de programmes dues à des cas de force majeure ou d'évènements indépendants de sa volonté.

Le directeur fixe les règles de conduite à avoir pendant le séjour : sécurité, comportement responsable, attitude respectueuse envers les autres, interdiction d'alcool et de drogue. La cigarette sera strictement interdite, même aux jeunes de 16 et 17 ans autorisés par leurs parents à fumer. Si pour raisons graves, un jeune est exclu du centre de vacances par l'équipe pédagogique, les frais occasionnés sont à la charge du responsable du jeune, sans aucun remboursement des frais de séjour.

Un séjour écourté ne donne lieu à aucun remboursement.

Le tarif comprend l'assurance Responsabilité Civile / Accidents corporels / défense-recours juridique
Mais pas Assurance rapatriement.

Fait à, , le Signature :

DOCUMENTS NECESSAIRES A L'INSCRIPTION

Fiche d'inscription

Fiche sanitaire

Copie du livret de famille

Justificatif de domicile

Justificatif du dernier QF CAF ou dernier avis d'imposition

Jugement de divorce ou séparation

Attestation d'assurance extra-scolaire

Attestation de natation (test préalable à la pratique des activités nautiques)

Paiement du séjour

NB : Si l'enfant a un dossier **à jour** à l'Espace Ados, merci de ne fournir que cette fiche d'inscription ainsi que la fiche sanitaire jointe et le paiement.

TARIF

Le tarif du séjour est calculé sur la base du quotient familial avec un prix plancher de 90€ et un prix plafond de 270€. Hors commune 360€.

RAPPEL

Inscriptions au service jeunesse le mardi 18 mai à 8h30 pour les mouginois, le mardi 1 juin pour les hors commune (si places vacantes. Se renseigner auprès du service jeunesse le vendredi 28 mai).

NB : Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

CONTACT

Service Jeunesse, 1735 avenue Notre Dame de Vie

Tel : 04 92 92 59 90 Mail : jeunesse@villedemougins.com



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
