



LES SEJOURS

ETE 2022

- La Corse en juillet (14 jours)
- Sensations et sports au Pouget (7 jours)
- La sport altitude à Vaujany (14 jours)
- Séjour Ecocentre à St Verain (14 jours)
- Voile et Multisports à Balaruc (7 jours)

- Séjours multisports au Pouget (5 jours)
- Voile, Fun et Sports à Balaruc (5 jours)
- La Corse en Août (14 jours)
- 100% Equitation au Pouget (7 jours)
- Astro et nature à St Michel l'Obs (7 jours)

Cochez le séjour correspondant à votre choix

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM DE L'ENFANT :

PRENOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE : / / AGE :

Fille Garçon

Pointure : Taille : cm Poids : kg

NOM ET PRENOM DES RESPONSABLES DE L'ENFANT

PERE : MERE :

TUTUEUR EVENTUELLEMENT :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TEL Domicile : TEL Mobile Père : TEL Mobile Mère :

Email :

**Photo
Obligatoire**

AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

DROIT A L'IMAGE :

(cocher la case correspondant à votre choix)

J'AUTORISE l'organisme à utiliser les photos de mon enfant prises au cours du séjour, pour publication dans la brochure et sur le site internet afférents aux séjours à venir et organisés par l'organisme.

JE N'AUTORISE PAS l'organisme à utiliser les photos de mon enfant.

FRAIS MEDICAUX :

JE M'ENGAGE à rembourser dans les 8 jours qui suivent le séjour le montant des frais médicaux qui auraient pu être avancés par l'organisme.

JE RECONNAIS avoir pris connaissance des dispositions particulières aux séjours avec hébergement.

FAIT LE :

A :

SIGNATURE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

I . ENFANT NOM : PRENOM :
 SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ___/___/___

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES		DATES
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	
Du DT polio			___/___/___
Du DT coq			___/___/___
Du Tétracoq			___/___/___
D'une prise polio			___/___/___
			___/___/___
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
DATES		DATES	DATES
1 ^{er} VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 ^{er} RAPPEL	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ?

INJECTIONS DE SERUM	NATURE	DATES
		___/___/___
		___/___/___

III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
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"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
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"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

.....

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-IL UN TRAITEMENT ? non oui
 SI OUI, LEQUEL ?
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? non occasionnellement oui
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ? non oui

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOMS :
 ADRESSE (pendant la période du séjour) :

N° DE S.S. : _____ N° DE TEL : _____ DOMICILE : _____ BUREAU : _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : Signature :

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : Cachet de l'Organisme (siège social)

ARRIVEE LE ___/___/___
 DEPART LE ___/___/___

OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)



Dispositions particulières relatives aux séjours avec hébergement

Adoption par délibération du Conseil Syndical en date du 04 juillet 2019 et mis en application à compter du 01 septembre 2019

Le Conseil Syndical est invité à se prononcer sur des dispositions réglementaires qui intéressent certains aspects administratifs et financiers des relations aux familles qui inscrivent leur enfant aux séjours organisés par le SIDSCAVAR :

Ces dispositions sont énumérées ci-dessous :

Maladie – Retard – Désistement - Interruption – Frais médicaux

En cas de maladie :

- Entre 1 et 14 jours précédant le départ, 25% des frais du montant de l'inscription seront retenus
- Au-delà de 14 jours précédant le départ, la totalité du séjour sera remboursé

Un certificat médical attestant que l'enfant ne peut participer au séjour doit être produit au service Enfance-Jeunesse.

En cas de retard au moment du départ :

Les responsables (parents) de l'enfant seront tenus d'accompagner leur(s) enfant(s) sur le lieu du séjour à leurs frais.

En cas de désistement :

100% des frais du montant de l'inscription seront retenus entre 1 et 7 jours précédant le départ

75% des frais du montant de l'inscription seront retenus entre 8 et 14 jours précédant le départ

50% des frais du montant de l'inscription seront retenus à partir de 15 jours et au-delà précédant le départ

Interruption du séjour ou renvoi :

En cas d'interruption du séjour ou du renvoi de l'enfant, les frais du retour anticipé seront à la charge des parents

Frais médicaux :

Les frais médicaux avancés par les prestataires leur seront remboursés en totalité par les parents, sur présentation des feuilles de soins.

Nom : _____ Prénom : _____

Liste donnée **à titre indicatif, pour 8jours** - Tout le linge devra être marqué au nom de l'enfant

VETEMENTS		Quantité (*)	Arrivée	Départ
7	Sous-vêtements			
7	Paire de chaussettes			
2	Pyjama ou chemise de nuit			
2	Pantalon ou jean			
5	Tee-shirt ou polo			
3	Short ou bermuda ou jupe			
1	Jogging			
2	Sweat ou pull			
1	K-way ou blouson			
1	Casquette ou bob ou chapeau			
1	Maillot de bain			
1	Alèse pour les enfants énurétiques			
CHAUSSURES		Quantité (*)	Arrivée	Départ
2	Paire de chaussures de sport			
1	Paire de sandales			
TOILETTE		Quantité (*)	Arrivée	Départ
2	Serviette de toilette			
1	Serviette de bain			
2	Gant de toilette (facultatif)			
1	Nécessaire de toilette			
DIVERS		Quantité (*)	Arrivée	Départ
1	Petit sac à dos			
1	Gourde			
	Mouchoirs en papier			
1	Flacon de solution hydroalcoolique pour le voyage			
1	Déguisement ou accessoire (facultatif)			
1	Sac à linge sale			
1	Serviette de table			
1	Crème solaire			
1	Paire de lunettes de soleil			
1	Enveloppe timbrée à l'adresse des parents (facultatif)			

* Durant ce séjour une lessive pour le lavage de linge prévu une fois par semaine

Ne pas emporter d'objet de valeur, bijoux, MP3, console jeux vidéo... Ils ne sont pas couverts par notre assurance MAIF en cas de perte, vol ou détérioration.

Les jeunes qui disposent d'un téléphone portable pourront l'utiliser dans un cadre défini par l'équipe. Toute utilisation intempesive pourra donner lieu à une confiscation et à un renvoi de la carte SIM.

() Colonne à compléter par les parents : remplir et notifier le quantitatif réel afin de permettre une meilleure gestion du trousseau à l'arrivée et au départ du séjour.*