



PHOTO
(1 seule
obligatoire, à
coller, pas
d'agraphe)

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

- ☐ Du samedi 20 au samedi 27 février 2021 (La Chapelle d'Abondance)
☐ Du vendredi 26 février au vendredi 05 mars 2021 (La Chapelle d'Abondance)

Date butoir des inscriptions : le 11 décembre 2020
Commune d'inscription :

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 :
Tél :/...../...../..... Portable (obligatoire pour les départs et retours)/...../...../.....
Courriel (obligatoire) :@.....
Vous recevrez des nouvelles de votre enfant durant le séjour par mail ou sms. Pour cela, il est impératif d'indiquer votre mail et 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.M.U ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez fournir une copie de votre attestation

FAMILLE D'ACCUEIL (le cas échéant)

NOM : Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Tél :/...../...../..... Portable (obligatoire pour les départs et retours)/...../...../.....
Courriel (obligatoire) :@.....

PAIEMENT

N° allocataire CAF (obligatoire) :
Montant du séjour :
Payez-vous le séjour avec les aides au temps libre de la CAF ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, pour quel montant ?€

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

Avec le dossier :

- ☐ Attestation CMU (Photocopie) uniquement si vous en êtes bénéficiaires
- ☐ Attestations complétées et signées
- ☐ Fiche de renseignements
- ☐ Fiche sanitaire complétée et signée
- ☐ Copie du carnet de santé ou du carnet de vaccinations
- ☐ Copie de l'attestation d'aide aux temps libres de la CAF

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 mon enfant individuellement ou en groupe :

- sur le blog spécifique au séjour (accès sécurisé) ? ☐ Oui ☐ Non

- sur le site ADAV ou sur le catalogue papier ? ☐ Oui ☐ Non

- sur les différents supports de communication (photos, vidéos, réseaux sociaux) du SIVOM ☐ Oui ☐ Non

ATTESTATION D'AUTORISATION DE FUMER (pour les plus de 16 ans)

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

☐ N'autorise pas mon enfant à fumer des cigarettes

Signature du représentant légal obligatoire

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SEJOUR EN COLONIE DE VACANCES

ENFANT :

Nom : _____ Prénom : _____

NIVEAU DE SKI AU MOMENT DU DEPART

- ☐ débutant ou n'a jamais skié - L'enfant préparera l'ourson
- ☐ ourson - L'enfant préparera le flocon
- ☐ flocon - L'enfant préparera la 1^{ère} étoile
- ☐ 1^{ère} étoile - L'enfant préparera la 2^{ème} étoile
- ☐ 2^{ème} étoile - L'enfant préparera la 3^{ème} étoile
- ☐ 3^{ème} étoile - L'enfant préparera l'étoile de bronze
- ☐ niveau supérieur - L'enfant préparera les épreuves de compétition

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Taille de l'enfant (en cm) :

Poids de l'enfant (en kg) :

Pointure :

Tour de tête (en cm) :

Pour tout renseignement concernant le séjour, merci de contacter le service jeunesse du SIVOM au 03 21 61 55 60.

Une réunion de présentation du séjour sera organisée avant le départ, vous recevrez la convocation par courrier.

IL EST IMPERATIF DE RENDRE LE DOSSIER COMPLET
POUR QUE L'INSCRIPTION SOIT VALIDEE

Nom de l'enfant :

Prénom :

Age :

Sexe :

***** A METTRE DANS LA VALISE LE JOUR DU DEPART *****

Toutes les pièces du trousseau doivent être marquées aux nom et prénom de l'enfant. **Le centre de vacances ainsi que l'association ne sont pas responsables en cas de perte du linge.**

Le linge porté par l'enfant au départ doit être compris dans le trousseau.

NOMENCLATURE	Nombre Conseillé	Nombre Emporté	Remarques de l'animateur	
			ARRIVEE	DEPART
<u>NECESSAIRE DE TOILETTE :</u>				
serviette de toilette + 1 drap de bain	1 + 1			
gants de toilette	2			
trousse de toilette	1			
peigne ou brosse	1			
brosse à dents	1			
tube de dentifrice	1			
savon de toilette ou gel douche	1			
shampooing	1			
<u>PETIT LINGE DIVERS :</u>				
Mouchoirs (paquets)	5			
paires de chaussettes	7			
paires de chaussettes hautes	5			
<u>DIVERS :</u>				
serviette de table en papier (pas de serviette en tissus)	30			
crème protectrice Haute Protection 40	1			
stick pour les lèvres + après solaire	1			
sac à linge sale	1			
Lunettes de ski ou masque	1			
Masques jetables OBLIGATOIRES pour les plus de 11 ans	20			
Gel hydroalcoolique	1			
alèse (si besoin)	1			
Lampe de poche	1			
<u>CHAUSSURES :</u>				
paire de pantoufles ou nu-pied (pratique pour la sortie de douche)	1			
paire de chaussures de ville ou tennis	1			
paire d'après-ski	1			
<u>VETEMENTS :</u>				
Blouson adapté à la saison hiver	1			
Pantalon de ski	1			
survêtement ou jogging	1			
pulls chauds, polaires	2			
bonnet et/ou bandeau + écharpe	1+1			
Paire de gants de ski ou moufles	1			
<u>LINGE DE CORPS :</u>				
slips	7			
maillots de corps	7			
T-shirts / chemises / sous-pulls	4			
pyjamas	2			

** Cette liste comprend le minimum qu'une valise **doit contenir** pour le bien-être et l'hygiène de votre enfant.

* L'argent laissé dans les bagages ne sera pas pris en compte en cas de perte ou de vol ! **Ne prendre ni objets ni vêtements de valeur !**

• Si vous ajoutez des vêtements ou pièces non indiquées dans cette fiche, veuillez le mentionner au dos du présent document..

Cette fiche doit être placée dans la valise de l'enfant au-dessus des vêtements de préférence.

Il est préférable de préparer le sac en présence de l'enfant

pour qu'il puisse se familiariser avec ses vêtements.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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
Diphérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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"/>	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"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

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 CLAIRÈS :
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.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....
ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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.

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
.....
.....
.....

OBSERVATIONS

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