



Dossier d'Inscription

Séjour été Tous en Vendée

Du lundi 7 au samedi 12 juillet 2025

MFR des Achards, 2 rue Jean Yole, 85150, Les Achards

COMMUNE D'AVANNE-AVENEY

<p>NOM DE L'ENFANT :</p>	<p>Photo</p>
---------------------------------------	---------------------

RENSEIGNEMENTS :

Quentin MARCAIRE : 07 82 46 95 99
Mail : salledesjeunes@avanne-aveney.com

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____

Sexe : _____ Date de naissance : _____

Age : _____ Classe : _____

INSCRIPTION A LA SEMAINE :

Mutuelle : _____ N° de mutuelle : _____

Assurance extra-scolaire : _____

Lieu d'hospitalisation : _____

Médecin traitant (nom, prénom, ville, n° de tel) : _____

<p>Personne à prévenir en cas d'accident : Nom, prénom, qualité et téléphone</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Personne autorisée à récupérer l'enfant : nom, prénom, qualité et téléphone</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

Nom du responsable : _____ Civilité : _____

Prénom du responsable : _____ Situation de famille : _____

Adresse mail : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Quartier : _____

Tel (domicile) : _____ Tel (pro) : _____ e-mail : _____

N° de sécu. : _____ Centre de sécu. : _____

CAF : _____ N° CAF : _____

Je soussigné _____ déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus

TARIFS DU SEJOUR :

Chèque à l'ordre du Trésor Public

Adhérents Salle Des Jeunes			Extérieurs
<800	Intermédiaire	>1200	
258 €	350 €	350 €	500 €

En cas d'annulation, dans les 5 jours ouverts qui précèdent l'activité, aucun remboursement ne pourra être accordé (sauf prescription médicale).

PHOTOS ET VIDEOS

Objet : <u>Droit à l'image</u>	<u>Accueil de Jeunes: année 2024/2025</u>
	Mairie d'Avanne-Aveney 9 rue de l'église, 25720 Avanne-Aveney

Madame et/ou monsieur _____ autorise(nt) l'organisateur à
Nom de famille

Photographier et/ou filmer mon enfant _____ au cours d'activités de loisirs.
Nom et prénom(s) de l'enfant

Cette utilisation ne peut être faite que dans le strict cadre d'actions pédagogiques ou d'information : documents de présentation des séjours de vacances, journal ou site internet réalisé par les enfants...

L'utilisation se fera sur :

- Un support très précis (par exemple cédérom, journal ou blog)
- Tout support nécessaire à la présentation indiquée (sur papier, support analogique ou support numérique).

Cette utilisation ne concerne que :

- La période du séjour concerné
- La durée de vie de la présentation (du journal, du blog...) précisée.

Les différents clichés ne seront ni communiqués à d'autres personnes, ni vendus, ni utilisés à d'autres fins.

Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui concernent mon enfant est garanti. Je pourrai donc à tout moment vérifier l'usage qui en est fait, et je dispose du droit de retrait de ces productions si je le juge utile.

<i>Date et Signature de l'organisateur :</i>	<i>Date et signature(s) de(s) la personne(s) responsable(s) : deux parents ou tuteurs de l'enfant...</i>
--	--

AUTORISATION PARENTALE EN CAS D'URGENCE MEDICALE

Nous soussignés,.....

(1) Père, mère, tuteur, responsable de.....

Autorisons le Directeur du Centre de vacances à mettre en œuvre, en cas d'urgence, les traitements et interventions chirurgicales (anesthésie comprise) qui peuvent être reconnus médicalement nécessaires pour la santé de mon enfant.

Acceptons de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours nous incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

A fournir avant départ :

Photocopie carnet de vaccination / Photocopie de carte vital des parents / Fiche sanitaire

TROUSSEAU Séjour été du 7 au 12 juillet 2025

<ul style="list-style-type: none"> • Petits objets personnels (livres, jeux de société ...)
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Sac à dos (25L maxi)
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Veste / doudoune (pour le soir)
<ul style="list-style-type: none"> • 1 K-way / Anorak (en cas de temp pluvieux)
<ul style="list-style-type: none"> • 6 Slips ou culottes
<ul style="list-style-type: none"> • 6 T-shirts (T-shirts anti UV pour ceux dans le besoin)
<ul style="list-style-type: none"> • 6 Paire de chaussettes
<ul style="list-style-type: none"> • 2 Pantalons ou jeans
<ul style="list-style-type: none"> • 2 Shorts
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Pyjama
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Paire de lunettes de soleil
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Casquette
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Paire de chaussures type « Baskets »
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Paire de sandales / claquettes
<ul style="list-style-type: none"> • Trousse de toilette avec brosse à dents, dentifrice, peigne ou brosse, savon et/ou gel douche, shampoing...
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Serviette de bain
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Maillot / short de bain
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Crème solaire
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Gourde d'eau (500ml minimum)
<ul style="list-style-type: none"> • 1 Pommade protection lèvres
<ul style="list-style-type: none"> • Protections intimes pour les jeunes filles concernées
<ul style="list-style-type: none"> • Si traitement médical avec ordonnance, donner les médicaments dans un sac au responsable du séjour en notant le nom de l'enfant sur chacun d'eux
<ul style="list-style-type: none"> • Autre.....

Attention, places limitées dans le coffre pour le transport, les petites valises sont fortement recommandées.

NB : nous déconseillons vivement les objets de « valeur » (téléphone portable, console, et autre matériel vidéo...) sous décharge de toute responsabilités en cas de perte, vol ou dégradation de ceux-ci.

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOMPRÉNOM

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :BUREAU :

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 l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Fait à,

le,