



## FICHE D'INSCRIPTION SEJOURS SANS NUITEES

**Séjour :**  « EXPLORATEURS EN HERBE »  
du Lundi 19 au vendredi 23 octobre 2020  
 « EXPLORATEURS EN HERBE »  
du Lundi 26 au 30 octobre 2020

**Accueil quotidien : entre 8h et 9h - Départ : entre 17h30 et 18h00**

|  |   |        |        |
|--|---|--------|--------|
| <b>Participant :</b>                           | Nom   | Prénom |        |
| Date de naissance                              | Sexe <input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille |        | Classe |
| <b>Activités :</b>                             | Nombre d'années de pratique                                   |        |        |
| Sportive                                       |   |        |        |
| Culturelle                                     |   |        |        |
| Musicale                                       |   |        |        |
| As t il déjà effectué des colonies ou stages ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non           |        |        |

| <b>Parents 1</b>  | Domicile du participant <input type="radio"/> | <b>Parents 2</b>  | Domicile du participant <input type="radio"/> |
|---|---|---|---|
| Nom   |   | Nom   |   |
| Prénom  |   | Prénom  |   |
| Adresse   |   | Adresse   |   |
|   |   |   |   |
| Tel   |   | Tel   |   |
| Mail  |   | Mail  |   |
| N° Sécurité sociale   |   | N° Sécurité sociale   |   |
| CMU <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <i>Si « oui » fournir l'attestation</i> |   | CMU <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <i>Si « oui » fournir l'attestation</i> |   |
| <input type="radio"/> Autorité parentale  |   | <input type="radio"/> Autorité parentale  |   |

|                                       |                     |                     |
|---------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Personne à contacter en cas d'urgence | Liens avec l'enfant | Numéro de téléphone |
|                                       |                     |                     |

|  |                     |                     |
|--|---------------------|---------------------|
| Personne autorisé à venir récupérer l'enfant | Liens avec l'enfant | Numéro de téléphone |
|  |                     |                     |

### En tant que responsable légal de l'enfant :

- Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et les approuve sans réserve.
- J'inscris mon enfant au séjour désigné ci-dessus
- J'autorise mon enfant à participer à l'ensemble des activités proposées dans le cadre du projet d'activités du séjour.
- Je donne mon accord pour que soit effectué tout traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale rendus nécessaires par l'état de santé de mon enfant. Je m'engage à rembourser tous les frais occasionnés de ce fait.
- J'autorise «Musiphiles» à utiliser la prise de vues et la publication de l'image sur laquelle apparait mon enfant, sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel) ou sur des supports de communication sans limitation de durée.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature portant mention "lu et approuvé"



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

|                      |   |        |        |
|----------------------|---|--------|--------|
| <b>Participant :</b> | Nom   | Prénom | Taille |
| Date de naissance    | Sexe <input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille |        | Poids  |

| Antécédents médicaux                        | Vaccins                    | oui | non | date |
|---|----------------------------|-----|-----|------|
| Indiquez les maladies qu'a déjà eu l'enfant | Diphtérie                  |     |     |      |
| <input type="radio"/> Angine                | Tétanos                    |     |     |      |
| <input type="radio"/> Coqueluche            | Poliomyélite               |     |     |      |
| <input type="radio"/> Diphtérie             | ou DT Polio                |     |     |      |
| <input type="radio"/> Oreillons             | ou Tétracoq                |     |     |      |
| <input type="radio"/> Otite                 | BCG                        |     |     |      |
| Autres                                      | Rubeole/Oreillons/Rougeole |     |     |      |
|   | Hépatite B                 |     |     |      |
|   | Coqueluche                 |     |     |      |

|                  |                              |                                   |                                      |                               |
|------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| <b>Allergies</b> | <input type="radio"/> Asthme | <input type="radio"/> Alimentaire | <input type="radio"/> Médicamenteuse | <input type="radio"/> Autre : |
|------------------|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|

Précisez la cause et la conduite à tenir. Si automédication, le signaler

| Hospitalisation | Date | Précaution |
|-----------------|------|------------|
|                 |      |            |

|                   |                           |                           |  |
|-------------------|---------------------------|---------------------------|--|
| <b>Traitement</b> | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non | Joindre l'ordonnance, médicaments dans leur boîte au nom de l'enfant |
|-------------------|---------------------------|---------------------------|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |   |
|--|---|
| Incontinence <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | Fille Régulée <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|--|---|

**Régime alimentaire**

**Recommandation** votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires, ...

|                                    |                   |
|------------------------------------|-------------------|
| Nom et prénom du responsable légal | Date et signature |
|------------------------------------|-------------------|

# Conditions d'inscription

## 1) INSCRIPTION:

Votre demande est enregistrée dès réception du dossier comprenant la fiche d'inscription, la fiche Sanitaire de liaison et le versement de l'acompte de 30 €.

## 2) PRIX ET PRESTATIONS:

**95 € par séjour par enfant + adhésion annuelle de 15 € par enfant**

Les tarifs s'entendent hors frais de transport et comprennent:

- Le repas de midi et le goûter.
- l'encadrement et l'animation proposée, le matériel nécessaire aux activités spécifiques.
- l'assistance sanitaire, l'assurance responsabilité civile Maïf.

L'association accepte le paiement du séjour par les moyens suivants : chèque, espèce, chèque-vacances, virement bancaire, bon CAF, bourse JPA/Conseil départemental et prise en charge par un organisme tiers (sous réserve de la fourniture d'une attestation de paiement).

Réduction de 10 € par enfant d'une même famille. Tarif de 170 € pour les 2 séjours.

## 3) ANNULATIONS:

### Annulation du fait de l'organisateur:

Nous nous réservons le droit d'annuler un séjour qui ne réunirait pas un nombre suffisant de participant dans ce cas les sommes versées vous seraient remboursées intégralement.

### Annulation du fait du participant:

3 semaines avant la date de départ: retenue de 30% du prix de séjour.

En cas de maladie : retenue de 15 € sur présentation des justificatifs.

## 4) SANTE:

**La fiche sanitaire de liaison** permet aux adultes du séjour de disposer d'informations sur l'état de santé de l'enfant. Elle les aiguille pour assurer un suivi sanitaire rigoureux. Ce document est aussi présenté aux professionnelles de santé, si l'enfant est amené à consulter un· médecin au cours de son séjour. Ce document est confidentiel. Seule l'équipe de direction du séjour et la personne en charge du suivi sanitaire des enfants sont autorisées à le lire. Si elles le jugent nécessaire, elles peuvent avertir le personnel d'animation ou le personnel de cuisine de certaines dispositions particulières (ex : une allergie alimentaire).

**Il n'est pas impératif de remplir le tableau des vaccinations.** Une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant ou un certificat du médecin attestant que les vaccinations sont à jour sont suffisants. Ce document devra être envoyé en même temps que la fiche sanitaire de liaison.

**Il est possible que le Moulin des Sittelles fasse l'avance des frais médicaux** pour un participant. Dans cette éventualité les frais seront à régler en fin de séjour.

Si vous bénéficiez de la CMU (Couverture Mutuelle Universelle) vous êtes dans l'obligation de nous fournir l'attestation avec le dossier d'inscription. Sans cette dernière, nous nous verrons dans l'obligation de vous facturer l'ensemble des frais engagés.