Dossier d'inscription

Séjours hiver 2027

Pour pouvoir remplir ce formulaire à l'ordinateur et utiliser toutes ses fonctionnalités, vous devez utiliser le logiciel gratuit Adobe Acrobat Reader disponible à l'adresse : https://get.adobe.com/fr/reader/

Informations concernant votre enfant

Nom de l'enfant :		Fille : ◯ Garçon : ◯
Prénom de l'enfant :		photo
Date de naissance :		
Bénéficiaire de l'AEEH (allocation d'éducation de l'enfant Handicapé) **:**	Oui ◯ Non ◯	
Votre enfant dispose d'un protocole d'accueil individualisé (PAI) ?	◯ Oui. Préciser la pathologie et fournir la copie ◯ Non	
Votre enfant s'inscrit à ce séjour avec un ou des frères et soeurs ?	◯ Oui. Précisez le(s) nom(s) : ..... ◯ Non	
Premier départ	Oui ◯ Non ◉	
Niveau de ski ou de snow :	◯ Niveau 0 ◯ Niveau 1 ◯ Niveau 2 ◉ Niveau 3 Niveaux : 0 = jamais skié ; 1=piste débutant ; 2 = pistes vertes en chasse neige ; 3 = pistes bleues ou plus	

Choix du séjour

Indiquez ci-dessous les séjours sur lesquels vous souhaitez inscrire votre enfant en les numérotant de 1 à 2. Vous pouvez indiquer 2 choix maximum. En fonction des demandes d'inscription, une commission d'attribution pourra être réunie afin de valider les inscriptions.

Séjours encadrés par le personnel de Cœur de Garonne :

☐ Séjour 6-9 ans : Peyragudes (65) – du 8 au 13 Février - 100% ski

☐ Séjour 10-13 ans : Espot Esqui (Espagne) - du 6 au 11 Février - 100% ski

Séjour encadré par le personnel Libre Cours :

☐ Séjour 14-17 ans : Espot Esqui (Espagne) du 6 au 11 février - 100 % ski

Assurance et informations sanitaires :

Compagnie d'assurance : …… N° de contrat : ……

Mutuelle santé :…… N° de contrat : ……

Médecin traitant : …… N° de téléphone : ……

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : ……

Informations concernant le ou les responsables légaux

Responsable légal 1		Responsable légal 2	
Nom d'usage :		**Nom d'usage :**	
Nom de naissance :		**Nom de naissance :**	
Prénom :		**Prénom :**	
Qualité :	Père ◯ Mère ◯ Tuteur ◯ ◯ Autre :……	**Qualité :**	Père ◯ Mère ◯ Tuteur ◯ ◯ Autre :……
Situation familiale :	---> Sélectionner une situation	**Situation familiale :**	---> Sélectionner une situation
Adresse :	…… CP ….. Commune ……..	**Adresse :**	…… CP ….. Commune ……..
Téléphone :		**Téléphone :**	
Tél. mobile :		**Tél. mobile :**	
Tél. professionel :		**Tél. professionel :**	
Courriel :		**Courriel :**	

Personne[s] majeure[s] à contacter en cas d'urgence [autre que les parents]

Personne 1		Personne 2	
Nom d'usage :		**Nom d'usage :**	
Prénom :		**Prénom :**	
Téléphone :		**Téléphone :**	
Tél. mobile :		**Tél. mobile :**	

Informations concernant la facturation

Indiquez ci-dessous qui est le redevable (personne physique ou morale à facturer) :

◉ Responsable légal 1 ○ Responsable légal 2 ○ Tiers (joindre une attestation de prise en charge)

Vous avez bénéficié de l'aide VACAF pour l'année en cours

◉ Oui : Combien de jours : ○ Non

Tarification au Quotient Familial

La tarification des séjours est établie selon le quotient familial.

À noter : pour les familles ne fournissant aucune information, **le tarif maximal sera automatiquement appliqué, sans effet rétroactif, en cas de modification.**

○ Vous dépendez de la CAF de la HAUTE GARONNE : N° d'allocataire CAF : |_|_|_|_|_|_|_| _|_|

Nom de l'allocataire : ……

Fournir l'attestation quotient familial - janvier 2026

Les renseignements fournis pourront faire l'objet d'un contrôle par le Service Enfance-Jeunesse par le biais de l'accès partenaire signé avec la CAF de la Haute Garonne

○ Si vous n'êtes pas allocataire CAF , merci de fournir l'avis d'imposition 2025 sur les revenus de 2024

Autorisations

Nous ……..……..……

responsable(s) légal(ux) de l'enfant : ……

- **Autorisons**, l'équipe d'animation du séjour à prendre toutes décisions qu'elle jugera nécessaire en cas d'urgence médicale (hospitalisation, médecin, secours.).
- **Autorisons**, l'équipe d'animation à contacter la famille dans le cas d'un comportement inadapté au sein du groupe d'enfants. Il peut être envisagé en concertation avec les services compétents le retour de l'enfant avant la fin du séjour. Ce retour sera à la charge de la famille, aucun remboursement du séjour ne pourra être demandé.
- **Prenons acte** que dans le cadre de ce séjour, le service enfance jeunesse peut être amené à prendre et à diffuser des photos des enfants (clé USB pour les familles, supports de communication internes et journaux, affiches, plaquettes à thèmes, sites internet, vidéo . ..) et donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image dans le cadre d'une publication visant à la promotion de la communauté de communes Cœur de Garonne et de ses services. Cette image peut être diffusée sur tous les supports de la collectivité uniquement dans un but de communication. La communauté de communes Cœur de Garonne s'engage à ne pas effectuer de montage de ces photos ou vidéos qui présenterait mon enfant dans une situation déshonorante ou dévalorisante. La présente autorisation d'exploitation du droit à l'image de mon enfant est consentie à titre gratuit. Dans le cas contraire, nous nous engageons à joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée, précisant notre refus.
- **Prenons acte** du règlement intérieur ALAE, ALSH et les Séjours et nous engageons à respecter l'intégralité du règlement.

Fait à …… , le ……..

Signature(s) obligatoire(s) - Tout dossier non signé ne sera pas traité

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

Pour signer numériquement le document, sans avoir à l'imprimer, vous pouvez utiliser le menu « Signer » puis « Remplir et signer » dans Adobe Acrobat Reader DC. À défaut, l'envoi de ce dossier via votre adresse email personnelle renseignée sur la page 2, vaut signature.

Justificatifs à fournir

Les informations ci-dessous sont nécessaires pour calculer le tarif du séjour en fonction de votre situation. De plus, si les demandes étaient supérieures au nombre de places, elles permettraient à la commission d'attribution de définir la priorité de votre demande.
Les documents demandés doivent être joints à votre dossier. Aucun dossier incomplet ne sera pris en compte.

- **PIÈCES OBLIGATOIRES POUR TOUTES LES INSCRIPTIONS**
  - ➔ Attestation d'assurance
  - ➔ Copie du carnet de vaccination
  - ➔ Attestation Quotient Familial de **Janvier 2026** ou l'avis d'imposition 2025
  - ➔ Photocopie du livret de famille parent / enfant.

- **PIÈCES A FOURNIR SI VOUS ETES CONCERNÉS**
  - ➔ Si votre enfant dispose d'un Protocole d'accueil Individualisé, fournir la copie du protocole.
  - ➔ Un membre de la famille perçoit l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) ou l'Allocation d'Education de l'enfant Handicapé (AEH), fournir le justificatif.
  - ➔ Pour les parents isolés, fournir l'avis d'imposition 2024
  - ➔ Pour les personnes dont le lieu de résidence personnel est hors territoire Cœur de Garonne : Si un des parents s'acquitte de la Cotisation Foncière des Entreprises (CFE) sur le territoire Cœur de Garonne, fournir la copie de l'avis d'imposition.

- **LES SIGNATURES DU DOSSIER ET DE LA FICHE SANITAIRE SONT OBLIGATOIRES**

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE : M ◯ F ◯

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	◯	◯		Coqueluche	
Tétanos	◯	◯		Haemophilus	
Poliomyélite	◯	◯		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
	◯	◯		Hépatite B	
	◯	◯		Pneumocoque	
	◯	◯		BCG	
	◯	◯		Autre (Précisez)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : ……kg ; Taille : ……cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ◯ oui ◯ non
MEDICAMENTEUSES ◯ oui ◯ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ◯ oui ◯ non
Précisez ……

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Autorisons l'équipe ALAE/ALSH à maquiller mon enfant dans le cadre d'une activité. ◯ oui ◯ non

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ◯ oui ◯ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : …… PRÉNOM : ……
ADRESSE :……
……
TEL DOMICILE …… TEL TRAVAIL……
TEL PORTABLE : ……

Responsable N°2 : : NOM : …… PRÉNOM : ……
ADRESSE :……
……
TEL DOMICILE …… TEL TRAVAIL……
TEL PORTABLE : ……

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : ……

Je soussigné(e)……, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :

Réinitialiser **Enregistrer** **Envoyer**