

SEJOURS ETE 2025

Nom et prénom de l'enfant :

N° Famille (Portail familles) :

Téléphone :

N° Allocataire CAF :

NOM DU SEJOUR	Cocher le séjour de votre enfant	TRANCHE D'AGE	DATE DU SEJOUR	LIEUX
A LA DECOUVERTE DE L'OCEAN	<input type="checkbox"/>	6 / 11 ans	16 AU 25 JUILLET	LA TRINITE SUR MER
A LA DECOUVERTE DE L'OCEAN	<input type="checkbox"/>	6 / 11 ans	27 JUILLET AU 05 AOÛT	LA TRINITE SUR MER
DES ETOILES PLEINS LES YEUX	<input type="checkbox"/>	6 / 11 ans	19 AU 30 JUILLET	ARÈCHES
DES ETOILES PLEINS LES YEUX	<input type="checkbox"/>	6 / 11 ans	01 AU 12 AOÛT	ARÈCHES
GRAND GALOP	<input type="checkbox"/>	6 / 11 ans	11 AU 17 AOÛT	TANNERRE
SENSATIONS FORTES	<input type="checkbox"/>	12/14 ans	11 AU 20 JUILLET	CHÂTEL
CAMP OCEAN	<input type="checkbox"/>	12/14 ans	16 AU 25 AOÛT	LA TRINITE SUR MER
CAP SUR LA CATALOGNE	<input type="checkbox"/>	12/14 ans	17 AU 30 JUILLET	CATALOGNE Espagne
CAP SUR LA CATALOGNE	<input type="checkbox"/>	15/17 ans	17 AU 30 JUILLET	CATALOGNE - Espagne
CAMP ITI OCEAN	<input type="checkbox"/>	15/17 ans	16 AU 25 JUILLET	LA TRINITE SUR MER

Les documents du dossier complet sont à transmettre au guichet unique (Rez-de chaussée du centre administratif municipal) ~~avant le mercredi 2 avril 2025 17h15.~~

- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Attestation CAF (avec quotient)
- Attestation de versement AEEH pour l'enfant (le cas échéant)
- Fiche sanitaire et de renseignements,
- Décharge pour le retour du séjour si besoin,
- ~~Certificat médical de l'enfant à l'usage collectif (à compléter sous l'indication pour la pratique de certaines activités sportives)~~
- Photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé, ou certificat médical attestant les vaccins
- Photocopie de l'attestation des droits de l'assurance maladie ou de Couverture Maladie Universelle (CMU),
- Photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile de l'enfant,
- Bons VACAF (dès réception)
- Pass Nautique (séjours Sensations fortes et camp Iti Océan)
- Carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité et autorisation de sortie de territoire (séjour Cap sur la catalogne)


DECHARGE POUR LE RETOUR DU SEJOUR


Monsieur et /ou Madame....., m'engage à être présent pour récupérer mon enfant (Nom et Prénom)
..... lors de son retour de séjour de vacances :


- Le (date du retour) :


- A (Heure du retour) :

En cas d'impossibilité de ma part, voici le nom des personnes autorisées à venir chercher mon enfant lors de son retour :

Nom : 

Nom : 

Nom : 

Nom : 

Date.....Signature du responsable légal.....

➤ Ce document doit être complété dans son intégralité et remis avec le dossier d'inscription (Fiche sanitaire, documents à joindre....) au guichet famille



TROUSSEAU ÉTÉ

NOM et PRENOM DE L'ENFANT :

COLLECTIVITÉ :

TROUSSEAU DE L'ENFANT LE JOUR DU DEPART
Cette liste est conseillée pour les besoins du séjour

A REMPLIR PAR LA FAMILLE

DANS LA VALISE

PORTÉ PAR L'ENFANT LE JOUR
DU DÉPART

VETEMENTS

6 SLIPS ou CULOTTES		
6 T-SHIRTS ou MAILLOTS		
6 PAIRES DE CHAUSSETTES		
2 PYJAMAS		
2 PANTALONS (Jeans, joggings, ...)		
3 PULLS (Sweats, polaires, gilets, ...)		
1 ROBE ou UNE JUPE		
2 SHORTS (Shorts, bermudas, ...)		
1 MAILLOT DE BAIN (Slip de bain pour les garçons)		
1 MANTEAU (Blouson, veste, ...)		
1 K-WAY (vêtement de pluie)		

CHAUSSURES

1 PAIRE DE CHAUSSONS		
1 PAIRE DE SANDALES ou TONGS		
2 PAIRES DE BASKETS		
1 PAIRE DE BOTTES pour l'équitation (facultatif)		

HYGIENE

1 SERVIETTE DE DOUCHE		
1 SERVIETTE DE BAIN		
1 SERVIETTE DE TABLE		
1 TROUSSE DE TOILETTE		
(brosse à dents, dentifrice, gel douche, shampoing, mouchoirs, peigne ou brosse, crème hydratante)		

PROTECTION SOLAIRE

1 CHAPEAU ou CASQUETTE ou BOB		
1 PAIRE DE LUNETTES DE SOLEIL		
1 CREME SOLAIRE		
1 GOURDE D'EAU		

COMMUNICATION

1 NECESSAIRE COURRIER (enveloppes + timbres)		
--	--	--

EXTRAS

1 DOUDOU		
1 TENUE DE BOOM		
1 OBJET PERSONNEL (magazine, livre, jeu de société, ...)		
1 SAC A DOS		

Cette liste est conseillée pour les besoins du séjour
Selon la durée du séjour, une lessive est faite régulièrement pour garantir à l'enfant du linge propre
Toutes les affaires doivent être notées au nom et prénom de l'enfant
Evitez les objets de valeur (bijoux, ...) ainsi que les vêtements fragiles ou chers
La perte, la casse ou le vol ne sont pas couverts par une assurance
Les objets électroniques sont proscrits du séjour

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

SEJOURS PRINTEMPS/ETE/TOUSSAINT

Cette fiche est à renseigner obligatoirement par le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant. Elle permet de recueillir des informations indispensables pendant le séjour

Nom Prénom Sexe <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille Date de naissance __/__/____ Âge __ ans Centre Nom du séjour Du __/__/____ au __/__/____ Nom de la collectivité, du CE	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; min-height: 100px;"> Photographie récente </div>
---	--

RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Père Mère Tuteur Nom Prénom
 Adresse
 Tél domicile : E-mail :
 Tél travail mère : Tel portable mère :
 Tél travail père : Tel portable père :

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom Prénom
 Téléphone:

VACCINATIONS

Donner avec cette fiche sanitaire de liaison, une photocopie du carnet de santé de l'enfant (pages de vaccination) ou les certificats de vaccinations de l'enfant.

L'enfant est-il vacciné COVID (Schéma vaccinal complet) : oui non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :
 Numéro de sécurité sociale des parents :
 Bénéficiaire CMU : oui non (si oui fournir la copie de l'attestation délivrée par la CPAM)

Groupe sanguin : Poids : Taille:.. **Pointure** :

Actuellement l'enfant suit-il un traitement : oui non

Si oui lequel :

Si l'enfant suit un traitement pendant le séjour, joindre **obligatoirement** l'ordonnance originale.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rhumatismes	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otites	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Varicelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Angines	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

PARTICULARITE ALIMENTAIRE OU MEDICALE

Allergie : Asthme oui non Médicamenteuses oui non
 Alimentaire oui non Autres :

Lesquelles :

En cas d'allergie sévère, vous devez **obligatoirement nous joindre le PAI** (Plan d'Accueil Individualisé) lors de l'inscription.

Précisez ci-après les difficultés de santé (maladie, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation...) :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Recommandations d'ordre médicale (port de lunettes, prothèses dentaires...) :

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non
L'enfant est-elle réglée ? oui non

Autres recommandations pour accueillir au mieux votre enfant :

AUTORISATION DE PRENDRE VOTRE ENFANT EN PHOTO OU VIDEO

Lors du séjour, l'équipe d'animation peut être amenée à prendre des photographies ou des vidéos des enfants pendant le séjour (lors des activités, de la vie quotidienne). Ces photos peuvent être utilisées par l'association V.V.L., la collectivité ou un partenaire, ou les médias sur leurs supports de communication.

Si vous ne souhaitez pas que l'enfant soit photographié ou filmé durant son séjour, merci de bien vouloir faire un courrier pour indiquer votre refus. Ce courrier devra être joint à cette fiche sanitaire de liaison.

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant, déclare exact 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.

Compte tenu de la pandémie de coronavirus, j'autorise le directeur ou la directrice du centre de vacances à faire pratiquer un test PCR, antigénique ou autotest à mon enfant en cas de doute et de prescription médicale

Fait à :
Date :

Signature :