

# Villages Récré

SEJOURS DE VACANCES JUILLET 2018

## Préaux/Servaville-Salmonville/La Vieux Rue

(\*) La Communauté de Communes Inter-Caux-Vexin et communes conventionnées

Mairie de Préaux

76160 PREAUX

### BULLETIN D'INSCRIPTION FAMILLE.....

1.  à Jumièges pour les 11/14 ans du 9 au 13 juillet 2018
2.  à Jumièges pour les 11/14 ans du 16 au 20 juillet 2018

(noms, prénoms, date de naissance de chaque enfant)

1 <sup>ere</sup> enfant/	2 <sup>eme</sup> enfant/
3 <sup>eme</sup> enfant/	4 <sup>eme</sup> enfant/

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LEGAL

Responsable légal de l'enfant :  Père  Mère  Tuteur

Situation de famille :  Marié  Divorcé  Séparé  Célibataire  Veuf(ve)  
 Vie maritale

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Compagnie d'assurance : ..... N° du Contrat : .....

Numéro de Sécurité sociale : |\_ | | | | | | | |

Régime général  CAF  MSA  autres (préciser) .....

N° .....

Téléphones (Domi) .....(Trav):.....(Port):.....

E-mail : .....

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant.

Pour tout renseignement vous pouvez contacter KARINE DURIEU au 02.35.59.02.63

**FICHE SANITAIRE VALABLE POUR TOUTE L'ANNEE 2018**  
**MERCI DE SIGNALER TOUT CHANGEMENT**



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 1006P02

**1 - ENFANT**

NOM : \_\_\_\_\_  
PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARÇON  FILLE

**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

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
Diphtérie				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 AIGU	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 CI-APRÈS :

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

## CONDITIONS D'INSCRIPTION

L'enfant inscrit devra fournir ce dossier complété, signé et comprenant:

- Une attestation d'assurance responsabilité civile
- Attestation de natation voir article Arrêté du 25 avril 2012\*
- 1 Photo
- Fournir un certificat médical datant de moins de 2 mois aptitude à la pratique d'activités physiques
- Un certificat médical récent valable, uniquement dans le cas où des informations importantes seraient à nous communiquer, telles que :
  - l'inaptitude à la pratique d'activités physiques
  - les allergies éventuelles de l'enfant
  - et toutes autres précisions importantes
- La feuille d'imposition si la famille est concernée par une réduction.

Le nombre de places étant limité, les dossiers sont pris par ordre d'arrivée. Pour permettre une meilleure organisation, il est conseillé de retourner le bulletin d'inscription au plus vite.

Tout manquement grave à la discipline sera signalé aux parents. L'exclusion pourra être prononcée après décision collective. Dans ce cas, aucune somme ne sera remboursée et les frais occasionnés seront à la charge de la famille.

\* Arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article

R. 227-13 du code de l'action social et des familles

### Article 3

I. — La pratique de certaines activités peut être subordonnée à la fourniture soit :

1. D'un document attestant de l'aptitude du mineur à :

- effectuer un saut dans l'eau ;
- réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes ;
- réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes ;
- nager sur le ventre pendant vingt mètres ;
- franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

Ce test peut être réalisé en piscine ou sur le lieu de l'activité. Dans les cas prévus en annexe au présent arrêté, ce test peut être réalisé avec une brassière de sécurité.

Ce document est délivré par une personne répondant aux conditions prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 227-13 susvisé dans les disciplines suivantes : canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyonisme, surf de mer et natation ou par une personne titulaire du brevet national de sécurité et de sauvetage aquatique.

## INSCRIPTION, PHOTOS ET AUTORISATIONS PARENTALES :

Je soussigné(e) .....  
responsable légal de(s) (l') enfant(s) .....

- Certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription, du règlement intérieur 2018
- Autorise en cas de nécessité la direction du centre à faire soigner mon/mes enfant(s) et à faire pratiquer les éventuelles interventions chirurgicales nécessaires. (Anesthésie comprise).
- Certifie avoir une assurance responsabilité civile couvrant mes enfants pour l'année 2017/2018.
- Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que, le cas échéant, les frais médicaux ou d'hospitalisation.
- Les enfants pourront être filmés ou pris en photos dans le cadre des différentes activités organisées par l'accueil de loisirs.

Sauf refus exprimé explicitement ci-dessous, les parents acceptent que les images prises à l'occasion de ce séjour, puissent être utilisées (sans but lucratif) au cours d'animations et éventuellement dans les supports d'information de l'accueil de loisirs, de la mairie, ou de la Communauté des Communes Inter-Caux-Vexin destinés à :

- La publication d'article dans le bulletin communal
- Faire connaître ce service
- Expositions de galeries y compris sur le site web

Cette autorisation est valable, sans limitation de durée, sauf dénonciation de votre part par courrier après la date de signature de ce dossier.

J'accepte /  Je n'accepte pas la diffusion.

Date : ..... Signature précédée de la mention "Lu et approuvé"

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et ne sont destinées qu'au secrétariat.

En application de l'article 34 de la loi du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser: à la Mairie de Préaux 1 Place de la Mairie 76160 PREAUX

## TARIFS DES SEJOURS :

la Varenne Enfants nés en 2007/2006/2005 et 2004	Communes partenaires (*) La Communauté de Communes Inter-Caux- Vexin et communes conventionnées	Communes extérieures
du 9 au 13 juillet 2018	150 €	225 €
du 16 au 20 juillet 2018	150 €	225 €

Ce prix comprend l'hébergement en pension complète, les activités, l'assurance responsabilité civile, le rapatriement pour maladie ou accident, l'encadrement pédagogique pendant la durée du séjour.

*Une réduction de 20% peut être accordée en fonction du revenu imposable du foyer seulement pour les Préautais.*

*Pour les habitants extérieurs se rapprocher du CCAS de leur commune.*

*Fournir le justificatif d'imposition demandé au moment de l'inscription obligatoirement, sans justificatif de la famille avant le séjour la réduction ne sera pas appliquée et il n'y aura pas de rétroactivité.*

Feuille d'impôts 2017 sur les revenus de l'année 2016 Revenu imposable du foyer (ligne14) :	Réduction
Pour 1 enfant inférieur à 13 750 €	20%
Pour 2 enfants inférieur à 22 500 €	
Pour 3 enfants et + inférieur à 38 000 €	

Les aides diverses sont acceptées: CAF-Chq ANCV-Comité d'entreprise....

A REGLER AU TRESOR PUBLIC

CHEQUE	€
ESPECES	€
CHEQUE VACANCES	€
AIDE DE LA CAF	€
AUTRES (CCAS, CE ....)	€
REDUCTION VOIR TABLEAU	OUI -30€ / NON
SOMME TOTALE VERSEE :	€

## MODALITES DE REGLEMENT :

Un acompte de 50% sera demandé lors de l'inscription définitive. ATTENTION CHEQUE LIBELLÉ A L'ORDRE DU TRESOR PUBLIC

La totalité du séjour devant être réglée avant le vendredi 15 juin 2018.

Toute annulation, quelle qu'en soit le motif, doit être notifiée par lettre recommandée. Elle entraîne, dans tous les cas, la retenue de l'acompte. Pour toute annulation à moins de 15 jours du départ, 100 % du prix total sera retenu sauf pour les motifs suivants : maladie grave, accident grave, décès, hospitalisation de plus de 3 jours, licenciement économique.

(ATTENTION : Tout dossier incomplet sera refusé)