

DOSSIER SKI

2021



LISTE DES DOCUMENTS UTILES INSCRIPTION 2021

Ce dossier est **annuel** et doit comporter les copies des pièces suivantes. Il vous donnera accès à votre compte sur le Portail Famille seulement s'il est complet (même si vous avez déjà utilisé ce compte l'année précédente).

FICHE FAMILLE	(1 seul document par famille)
----------------------	--------------------------------------

Pour bénéficiaire des tarifs <i>(1 document obligatoire)</i>	<input type="checkbox"/> Taxe d'habitation 2020 des responsables légaux résidant sur les 28 communes
OU <i>Seulement pour les ALSH</i>	<input type="checkbox"/> Taxe d'Habitation 2020 d'un grand-parent habitant sur les 28 communes (exclusivement pour les ALSH) OU <input type="checkbox"/> Certificat de scolarité de l'année <u>en cours</u> , des enfants scolarisés sur une des 28 communes mais habitant à l'extérieur (exclusivement pour les ALSH)
Document obligatoire	<input type="checkbox"/> Mutuelle 2021
En cas de divorce	<input type="checkbox"/> Dernier jugement , précisant les modalités concernant le ou les enfant(s)
Pour bénéficiaire des aides CAF	<input type="checkbox"/> Bons CAF 80 ou CAF 76 pour déduction de votre facture
Participation financière possible du CIAS	<input type="checkbox"/> Photocopie des avis d'imposition 2020 du foyer sur les revenus 2019 <input type="checkbox"/> RIB

FICHE ENFANT	(1 fiche à compléter par enfant)
---------------------	---

Document obligatoire	<input type="checkbox"/> Photo d'identité à insérer sur la fiche <input type="checkbox"/> Vaccinations obligatoires à jour dans le carnet de santé. (DT Polio obligatoire) <input type="checkbox"/> Attestation d' assurance en responsabilité civile couvrant l'activité Extrascolaire 2020-2021 <input type="checkbox"/> Attestation en cours de la Sécurité Sociale de l'enfant
Pour la 1^{ère} année de maternelle <i>(Seulement pour les ALSH)</i>	<input type="checkbox"/> Certificat de scolarité de l'année en cours.

FICHE FAMILLE

- Justif. Tarif CCVS
- Mutuelle
- Jugement

- Domino OK
- Export PF OK

MAIL A UTILISER POUR LE PORTAIL FAMILLE (en MAJUSCULE) :

.....@.....

SITUATION FAMILIALE du RESPONSABLE LEGAL DECLARANT

COMPOSITION DU FOYER	
Adresse	
Situation Familiale	<input type="checkbox"/> Mariage/Pacs/Union Libre <input type="checkbox"/> Divorce/séparation du responsable légal 2 <input type="checkbox"/> Célibat <input type="checkbox"/> Veuvage <input type="checkbox"/> Famille recomposée
Nom	
Prénom	
Statut	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Foyer <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère
Mail si différent (en MAJUSCULE)	
Téléphone fixe	
Téléphone portable	
Profession	
Employeur (Nom et adresse)	
Téléphone Professionnel	

En cas de Séparation des parents : Père Mère

NOM : **PRENOM :**

VILLE :

Nom et prénom des enfants inscrits :

..... /

..... /

..... /

Nom de la MUTUELLE :

Nom de l'ASSURANCE FAMILIALE couvrant le participant en EXTRASCOLAIRE :

ALLOCATAIRE : CAF MSA AUTRE N° :

DEROGATION POUR LES TARIFS DES ALSH UNIQUEMENT

Mon enfant bénéficie du tarif des 28 communes grâce à :

ses grands-parents ; Noms et Prénoms :

Commune :

(Taxe d'habitation des grands-parents à joindre au dossier)

sa scolarité **(certificat de l'année scolaire en cours à joindre obligatoirement au dossier)**

RGPD

En remettant et en signant le dossier d'inscription, vous acceptez le traitement de vos données ainsi que celles de vos enfants.

Nous, soussignés

- Nous engageons à payer la part des frais incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.
- Nous engageons à prendre à notre charge les suppléments dus à un retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur en cas de renvoi d'un de nos enfants pour raison d'inadaptation.
- Autorisons nos enfants à participer à l'ensemble des activités prévues.
- Autorisons nos enfants à être transporté en véhicule de service, de location ou navette locale.
- Acceptons les conditions d'inscription et de fonctionnement.

Acceptons que la Communauté de Communes des Villes Sœurs (CCVS) collecte et traite nos données personnelles. Les informations recueillies par le service enfance jeunesse sont nécessaires à l'accueil de votre enfant et à la gestion de la préinscription, de l'inscription, du suivi, de la facturation et du contentieux des services (structures scolaires, d'accueils et de loisirs, d'accueils de jeunes, de temps libre, d'accueil collectif de mineurs, transport, restauration...). Les données sont enregistrées dans les bases de données internes et les logiciels utilisés par le Service Enfance Jeunesse. Elles sont notamment intégrées au logiciel Domino Web, édité par ABELIUM COLLECTIVITES

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 et au RGPD, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de modification et de suppression des données qui vous concernent. Pour toute réclamation ou pour révoquer cette autorisation, vous pouvez adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante CCVS (DPO) 12 Avenue Jacques Anquetil 76260 EU. Une demande de photocopie d'un titre d'identité comportant votre signature pourrait vous être demandée à cette occasion. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pourrez adresser une réclamation à la CNIL.

Pour tout complément d'informations, se reporter aux mentions légales du site internet : <https://www.villes-soeurs.fr/donnees-personnelles/>

Date :

Nom-Prénom du responsable légal :

Signature :

FICHE ENFANT

A remplir pour chaque enfant inscrit

- Assurance
- Sécu
- Vaccins
- Certif. Sco. PSM

- Domino OK
- Export PF OK

L'ENFANT

PHOTO

NOM : PRENOM :

NE(E) LE :/...../..... SEXE : F M Tel. d'urgence :/...../...../...../...../.....

ADRESSE :

SCOLARISE A :

N° CAF :

Bons Temps Libres ou Bons Loisirs CAF ? oui non

LE RESPONSABLE DECLARANT

NOM : PRENOM :

Tél. : / Port. : L'un, au moins, obligatoire et valide

DROIT A L'IMAGE

Nous, soussignés
père, mère, famille d'accueil (1) responsable du jeune
(1) Rayer la (ou les) mention(s) inutile(s)

Autorisons ...

N'autorisons pas ...

... les personnes missionnés par la Communauté de Communes des Villes Soeurs à photographier, filmer, enregistrer la voix de mes enfants dans le cadre de ses activités et déclarons céder à titre gracieux à la CCVS, pour une durée de 10 ans maximum, le droit d'utiliser les images et sons enregistrés. Ces éléments pourront être diffusés sur les supports d'information ou de communication de la CCVS et de ses partenaires, imprimés ou numériques, sur tous les réseaux de communication, y compris télévisuels ou internet (dont les réseaux sociaux), accessibles en France et à l'étranger. La CCVS s'engage, pour ses propres publications uniquement, à ce que la diffusion de ces images ne porte pas atteinte à leur dignité.

Date :

Nom-Prénom du responsable légal :

Signature :

1 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance en cours de validité 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 par l'enfant sans ordonnance.

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

L'enfant a-t-il des allergies ?

- ASTHMATIQUES oui non
- MEDICAMENTEUSES oui non
- ALIMENTAIRES oui non
- AUTRES.....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....

.....

.....

Difficultés de santé et précaution à prendre (Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation).

.....

.....

.....

2 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

Votre enfant porte-t-il

- Des lentilles ? oui non
- Des lunettes ? oui non
- Des prothèses auditives ? oui non
- 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)

.....

.....


.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

3 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

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, anesthésie générale...) 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.

Date :
Nom-Prénom du responsable légal :
Signature :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION	
	<input type="checkbox"/> ADMISSIBLE SOUS RESERVE le .../.../20...
	<input type="checkbox"/> ADMISSIBLE le .../.../20....
	<input type="checkbox"/> ADMIS le .../.../20...
	<input type="checkbox"/> LISTE D'ATTENTE

Nom et prénom du participant :

N° de dossier :

Pour être complet votre **DOSSIER SKI 2021** doit comporter les pièces suivantes :

- Fiche FAMILLE du dossier d'inscription 2021
- Fiche ENFANT du dossier d'inscription 2021
- Fiche médicale
- Fiche Ski accompagnée d'une deuxième photo d'identité récente pour les forfaits ski.

- Bon Vacances de la CAF pour déduction de votre facture.
 - En attente.
 - Pas de bon Vacances.

- Paiement du séjour (1 chèque de 380€ à l'ordre du **Trésor Public**).

- Formulaire CIAS

Pour rendre le dossier, merci de prendre rendez-vous en ligne sur www.villes-soeurs.fr - rubrique « Enfance Jeunesse »

**Aucun dossier déposé à l'accueil ou dans la boîte aux lettres ne sera traité.
LE DOSSIER NE SERA PRIS EN COMPTE QUE LORSQU'IL SERA REMIS COMPLET AU SERVICE
ENFANCE JEUNESSE.**

DATE :

Nom :

Signature du représentant légal

Nom et prénom du participant :

Numéro du dossier :

FICHE MEDICALE

Je soussignée,
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,
anesthésie générale...) 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.

Date :

Signature :

AUTORISATION MEDICALE

CERTIFICAT MEDICAL D'APTITUDE

Nom et Adresse du Praticien :

Certifie avoir examiné ce jour le (la) jeune
NOM, Prénom

**Inscrit(e) au séjour ski du vendredi 19 au dimanche 28 février 2021 à Morillon-74
(8-11 ans) ou Valmeinier-73 (12-17 ans) et l'avoir reconnu(e) apte à pratiquer
toutes les activités sportives de montagne prévues au centre notamment le ski
alpin, la randonnée, raquettes etc...**

Observations :

Date :

Signature du Praticien:

FICHE SKI

Nom et prénom du participant :

Numéro du dossier :

ANNEE DE NAISSANCE :

POIDS :

TAILLE :

POINTURE :

NIVEAU DE SKI :

- Débutant
- 1^{ère} ou 2^{ème} étoile
- Bon skieur

Fait le :

signature

TROUSSEAU A titre indicatif feuillet à mettre OBLIGATOIREMENT dans la valise de votre enfant

Séjour Ski du 19 au 28 février 2021

Nom et prénom de l'enfant : _____

	Conseillé	Fourni ²	Rendu ²
Slip ou culotte	9		
T-shirt	9		
Paire de chaussettes	9		
Pantalon ou jean (intérieur)	2		
Pull en laine manches longues	2		
Survêtement	2		
Pyjama	2		
Blouson bien épais	1		
Paire de gants (sorties)	1 paire		
Echarpe	1		
Bonnet	1		
Lunettes de soleil verres filtrants	1 paire		
Chaussures type « Baskets »	1 paire		
Chaussons	1 paire		
Chaussures après-ski	1 paire		
Paire de grosses chaussettes	3		
Gros pull en laine	1		
Combinaison de ski ou salopette de ski	1		
Paire de gants pour le ski	1 paire		
Lunettes de ski	1 paire		
Mouchoirs en papier	5/10 paquets.		
Trousse de toilette avec brosse à dents, dentifrice, peigne ou brosse, savon et/ou gel douche, shampoing...	1		
Serviette de bain	4		
Gant de toilette	4		
Serviette de table	2		
Crème solaire	1 flacon		
Pommade protection lèvres	1 tube		
Protections intimes pour les jeunes filles concernées			
Traitement médical <u>avec ordonnance</u> / Donner les médicaments dans un sac au responsable du séjour en notant le nom de l'enfant sur chacun d'eux			
Nécessaire de correspondance : enveloppes timbrées, papier à lettre, adresses...	1		
Autre.....			

¹ Afin d'aider votre enfant dans la gestion de ses affaires, pensez à noter son nom sur ses habits

² Y compris ce qu'il porte sur lui.

Composition du Foyer (cf. fiche famille du dossier d'inscription 2021)

Nom - Prénom 1 :

Nom – Prénom 2 :

Adresse :

Code Postal :

Commune :

Téléphone : ___/___/___/___/___

- Numéro de Caf :

Mail : _____

RIB : _____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____

Vos enfants :

Nombre d'enfants à charge au foyer : _____

Nom et prénom des **enfants concernés par les séjours**

Date de naissance

Dépense séjours de vacances 2021

Montant de la facture concernée :

SKI de la CCVS:

ETE de la CCVS:

Associatifs :

- Avez-vous bénéficié d'une autre prise en charge pour votre(s) facture(s) (aide de l'assistante sociale, du Département...)?

o Nom de l'organisme :

o Montant de la prise en charge :

Le quotient familial du foyer :

La participation du CIAS pour les **séjours de vacances** s'applique aux familles résidant sur les 28 communes (cf. taxe d'habitation du dossier d'inscription 2021) (QF du Cias : Revenus imposables du foyer en 2019/ 12 mois/ nombre de parts des avis d'imposition).

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations communiquées sur ce feuillet

Fait à _____, le _____

Signature

Joindre obligatoirement

Les copies de l'intégralité des avis 2020 sur les revenus 2019 du foyer et un RIB

<i>Cadre réservé à l'administration</i>	
Dossier reçu le :	_____
Total dû par la famille :	_____
Quotient familial CIAS appliqué en 2021 :	_____
Aide accordée :	_____
Total versé à la famille :	_____ Le :



Centre Intercommunal d'Action Sociale
de la Communauté de Communes des Villes Sœurs

Renseignements au 02 27 28 03 92 ou cias@villes-soeurs.fr

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le Centre Intercommunal d'Action Sociale CIAS et la Communauté de Communes des Villes Sœurs pour le traitement des demandes d'aides financières (gestion de la participation reversée aux familles). La base légale du traitement est le consentement.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : CIAS/Communauté de Communes des Villes Sœurs.

Les données sont conservées pendant le temps nécessaire au traitement du dossier puis archivées. Cette durée varie et dépend des impératifs juridiques. A noter, pour une procédure qui pourrait être contestée, la CCVS souhaite conserver les données à minima 5 ans après le dernier traitement. Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données Communauté de Communes des Villes Sœurs

Délégué à la protection des données
12 Avenue Jacques Anquetil 76260 EU
dpo@villes-soeurs.fr

Pour en savoir plus sur le traitement des données personnelles rendez-vous sur <https://www.villes-soeurs.fr> rubrique « données personnelles ». Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Bon d'acceptation des critères d'admissibilité aux séjours

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant atteste avoir pris connaissance

- des critères d'admissibilités des places pour les séjours organisés par la Communauté de Communes des Villes Sœurs et m'engage à les accepter.
- du fait qu'un dossier ADMISSIBLE peut ne pas être admis.
- qu'aucun remboursement du coût du Séjour ne pourra être fait pour tout désistement après le 29 janvier d'un dossier ADMIS n'ayant pu être remplacé par la CCVS, pour l'absence de la Vaccination antipoliomyélitique (obligatoire) avant le 29 janvier.

Mon enfant, **résidant** les 28 communes, n'est **jamais parti** en Séjour **Ski** ou **été** avec la CCVS.

Mon enfant, **résidant** les 28 communes, n'est **jamais parti** en Séjour **Ski** avec la CCVS.

Mon enfant, **résidant** les 28 communes, est **déjà parti** au séjour **Ski 2017, 2018 ou 2019** organisé par la CCVS.

Mon enfant, **résidant** les 28 communes, est **déjà parti** au séjour **Ski 2020** organisé par la CCVS.

Mon enfant n'est **pas résidant** des 28 communes.

Fait à le

Signature du Responsable Légal

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Paiement : Chèque n° Banque
Titulaire

-X-

PARTIE A CONSERVER PAR LA FAMILLE

Le Régisseur du Service Enfance Jeunesse

MERAUX Nathalie DEROEUX Xavier RASSE Victorien

Atteste que le dossier de l'enfant remis le/...../20... àh..... par M..... à la CCVS est :

ADMISSIBLE

ADMISSIBLE SOUS RESERVE

fiche médicale séjour

mutuelle 2021

vaccinations à jour

.....

Cachet et Signature du Régisseur