

DOSSIER
D'INSCRIPTION
SEJOUR 10-13ANS
« Eaux vives »
ETE 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 et par année civile)

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 et par année civile)

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. <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

1 seule fiche à remplir par famille

Secteur :

- 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"/> Célibat	<input type="checkbox"/> Divorce/séparation du responsable légal 2 <input type="checkbox"/> Veuvage <input type="checkbox"/> Famille recomposée
Nom		
Prénom		
Statut	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Foyer	<input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Famille d'accueil <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Beau-Père <input type="checkbox"/> Belle-Mère
Mail si différent (en MAJUSCULE)		
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Profession		
Nom employeur + Lieu de travail		
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

Secteur :

- 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 missionnées par la Communauté de Communes des Villes Sœurs 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 :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :

PRENOM :

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 :
Séjour :
N° de dossier :

Pour être complet votre **DOSSIER SEJOUR ETE 2021**
 – « **Eaux Vives** » 10-13ans doit comporter les pièces suivantes :

- Fiche FAMILLE du dossier d'inscription 2021
- Fiche ENFANT du dossier d'inscription 2021
- Fiche AUTORISATIONS
- Test d'aisance aquatique à faire en piscine
- Bon Vacances de la CAF pour déduction de votre facture.
 - En attente.
 - Pas de bon Vacances.
- Paiement du séjour (1 chèque de 200€ pour le séjour 10-13ans à l'ordre du **Trésor Public**).

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 AUTORISATIONS

Le jeune vient-il pour la 1^{ère} fois en séjour : Oui Non

Le jeune sait-il nager ? Oui Non

Autorisez-vous le jeune à se baigner ? Oui Non

Votre fille est-elle réglée ? Oui Non

IMPORTANT

Si l'enfant suit un traitement médical, l'**ordonnance** et les **médicaments** doivent être donnés **avec le nom de l'enfant dans leur emballage d'origine et avec la notice jointe**. Vous devez les remettre le jour du départ aux animateurs du séjour. En cas de maladie durant le séjour, l'enfant sera vu par un médecin. Les parents seront prévenus par le Directeur du séjour. VELs avance les frais médicaux, les parents doivent cependant rembourser l'organisme dès le retour du séjour.

Sauf décharge écrite, j'ai bien noté que mon enfant doit **OBLIGATOIREMENT** être repris par mes soins à l'issue du séjour.

Je soussigné(e), responsable légal de
Autorise la direction à faire soigner et pratiquer les interventions chirurgicales en cas de nécessité. Je m'engage également à rembourser les frais médicaux avancés par VELs durant le séjour. Après avoir pris connaissance des conditions générales d'inscriptions et de fonctionnement des séjours, j'autorise le jeune à participer à toutes les activités prévues. Je déclare exacts les renseignements et informations médicales portées dans ce dossier.

Je m'oppose à ce que mes coordonnées personnelles soient utilisées à des fins de prospection commerciale de la part de VELs : Oui Non

Date :

Signature :

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 **ETE** avec la CCVS.

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

Mon enfant, **résidant** les 28 communes, est **déjà parti** au séjour **ETE 2019 (dernier séjour été)** 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

✂-----

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 10-13ans uniquement)
 - test d'aisance aquatique
 - vaccinations à jour
 -

Cachet et Signature du Régisseur