

# DU 10 AU 14 AVRIL 2023

## VIEUX-BOUCAU-LES-BAINS

### DOSSIER D'INSCRIPTION

#### PRÉSENTATION DU SÉJOUR

Pendant les vacances de printemps, 24 jeunes âgés de 11 à 17 ans, accompagnés par 4 animateurs, découvriront

La station Vieux-Boucau-les-Bains dans les Landes.

Au programme :

- Initiation au Surf : 3 séances réparties sur le séjour encadrées par des moniteurs agréés (école Française de Surf)
- Visite de Biarritz et la cité de l'Océan sur 1 journée,
- Initiation à la pelote basque,
- Atelier pâtisserie (fabrication du Pastis Landais)
- Visite de la station, visite du littoral, organisation de veillées ...

La durée du séjour est de **5 jours et 4 nuits**.

- Hébergement en pension complète

#### CE QUE COMPREND VOTRE PARTICIPATION

Le voyage en car depuis Castelnau Médoc ;

L'hébergement en pension complète (chambre de 6 personnes avec sanitaires)

La restauration en pension complète ;

L'ensemble des activités s'y rapportant ;

#### TARIFICATIONS (délibération du Conseil Communautaire du 12 janvier 2020)

La participation des familles s'échelonne entre **135 € et 255€** selon leurs revenus.

La tarification du séjour est basée sur les Quotients Familiaux (QF) :

$$\frac{1/12^{\text{e}} \text{ des revenus de 2020+ le montant des prestations familiales du mois}}{\text{Nombre de parts}}$$

## RÈGLEMENT DE LA PARTICIPATION FINANCIÈRE

Il est demandé aux familles de régler les frais du séjour par chèque bancaire, chèque CESU, ou paiement CB (portail famille), auprès du service famille, jeunesse de la Communauté de Communes Médullienne.

Le solde sera à payer au plus tard **le 4 avril 2023**.

## DÉPÔT DU DOSSIER ET DÉCISION D'ADMISSION

**La date limite de dépôt du dossier COMPLET est fixée au 24/03/ 2023.**

Aucune inscription n'est enregistrée par téléphone. La demande d'inscription dûment signée doit impérativement être formulée sur cet imprimé. Merci de nous renvoyer votre dossier à : Communauté de Communes Médullienne – 4 place Carnot 33480 CASTELNAU MEDOC ou par mail [jeunesse@cdcmedullienne.fr](mailto:jeunesse@cdcmedullienne.fr)

**Décision d'admission :** Le nombre de place étant limité (24 places maximum), une commission se réunit pour statuer sur les participants au séjour en fonction, de la mixité du groupe, la tranche d'âge, représentation des communes membres de la CdC, de la participation à d'autres séjours, facture à jour auprès des services Médullien...

**Une réponse vous sera adressée avant le 30 mars 2023.**

## PIÈCES À FOURNIR A LA PRE-INSCRIPTION

- Le formulaire d'inscription (pg 4 et 5) valant convention signée par le représentant légal ;
- La fiche sanitaire de liaison (pg 6 et 7)
- Un justificatif de domicile (facture de moins de 6 mois...);
- L'avis d'imposition 2021 du foyer de l'enfant ;

## PIÈCES À FOURNIR POUR L'INSCRIPTION DEFINITIVE

**D'autres documents** vous seront demandés par la suite **si votre dossier est retenu**.

- Attestation de responsabilité civile extrascolaire valable jusqu'au 31/08/2023
- Attestation de sécurité sociale (CAF, MSA, autres)
- Carnet de vaccination (le **vaccin DT Polio** doit être à jour)

## CONDITIONS D'ANNULATION DU SÉJOUR

Tout désistement de la famille doit être notifié dès que possible par mail ou par téléphone afin de ne pas retarder le début des activités. Cette procédure permet d'assurer la sécurité de l'enfant (présence/absence), mais n'entraîne pas d'annulation de la facturation.

- En cas d'annulation enregistrée à plus de 15 jours du départ, la famille restera redevable de 50% du tarif qui aurait dû être appliqué.
- En cas d'annulation enregistrée entre 15 et 8 jours du départ, une pénalité de 75% de la participation sera due.
- En cas d'annulation enregistrée entre 7 et le jour du départ, une pénalité de 100 % de la participation sera due.

Le remboursement de la ou les journées en cas d'absence ne pourra être effectué qu'en cas de présentation d'un justificatif médical dans les 48 heures suivant l'annulation (et uniquement pour l'enfant concerné en cas de fratrie).

## DISCIPLINE

En cas de vol, acte de vandalisme, violence, fugue, pratique de l'auto-stop, usage de drogue, d'alcool, d'indiscipline répétée, de comportement irresponsable, le directeur du séjour peut, après en avoir informé les parents, décider du renvoi d'un participant. Les frais occasionnés par ce retour sont à la charge de la famille et la partie du séjour non effectuée n'est pas remboursée. Ces points seront abordés avec les jeunes lors de la présentation du règlement intérieur.

## FRAIS MÉDICAUX

Les frais médicaux engagés au cours du séjour sont avancés par la Communauté de Communes et restent à la charge des parents qui s'en acquitteront au retour de l'enfant. Dès réception du remboursement, les pièces justificatives seront transmises aux parents pour les démarches auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et de la Mutuelle.

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : ..... / ..... / ..... Age : .....  
Sexe :  Garçon  Fille  
Adresse : .....  
.....  
Code postal : ..... Localité : .....  
Tél. portable : ..... Mail : .....  
Nom et n° d'assurance scolaire : .....  
N° Sécurité Sociale de l'assuré social de l'enfant (rattachement) : .....  
N° d'allocataire de la CAF (rattachement) : .....

### Parent 1

Lien de parenté : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code postal : ..... Localité : .....  
Tél. fixe domicile : ..... Tél. professionnel : .....  
Tél. portable : ..... Mail : .....

### Parent 2

Lien de parenté : .....  
Nom : ..... Prénom : .....  
Adresse : .....  
.....  
Code postal : ..... Localité : .....  
Tél. fixe domicile : ..... Tél. professionnel : .....  
Tél. portable : ..... Mail : .....

RECOMMANDATIONS, CAS PARTICULIERS, ÉLÉMENTS À PRENDRE EN COMPTE

**JE SOUSSIGNÉ (E)**

Je soussigné(e), .....

Responsable légal de l'enfant : .....

- m'engage à faire participer mon enfant au séjour ;
- m'engage à régler la totalité des frais de séjours en fonction de mon Quotient Familial ;
- m'engage à m'acquitter des frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuels ;
- déclare sur l'honneur, sincères et véritables, les renseignements figurant sur cette demande, en avoir pris connaissance et accepter les conditions générales de participation et d'annulation, ainsi que les modalités de fonctionnement du séjour ;
- autorise la diffusion de représentations photographiques de mon enfant ;  
Certifie avoir l'exercice :     de l'autorité parentale     de la tutelle     du droit de garde.

Fait à .....

Le ..... / ..... / .....

Signature du représentant légal :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**1 – ENFANT**

NOM :

PRÉNOM: \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE: \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

## ANNÉE SCOLAIRE 2022-2023

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

**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	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTITÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il un P.A.I (Projet d'accueil individualisé) ?  OUI  NON

Si OUI, le P.A.I est à remettre à la directrice de l'accueil de loisirs au premier jour de présence de l'enfant accompagné d'une ordonnance récente et des 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, ni sans P.A.I.**

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 AIGU 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"/>	

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(e), .....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 :**