

SÉJOUR ADOS DU 24 AU 30 octobre 2021

ENTRE MER ET MONTAGNE (Entre St Jean de Luz et St Jean pied de port)

PRÉSENTATION DU SÉJOUR

Pendant les vacances d'automne, 16 jeunes âgés de 11 à 17 ans, accompagnés par 3 animateurs, découvriront le pays basque et son patrimoine naturel. Séjour à dominante sports traditionnels et sensibilisation à la nature et à l'environnement.

La durée du séjour est de **7 jours et 6 nuits**. Au programme :

- Découvertes des sites naturels basques Descendez la Nive, jolie rivière du Pays Basque, St Jean Pied de port et son chemin de Compostelle, Les grottes d'Isturitz,

Découverte des sports basque avec force basque

Visite de Saint Jean de Luz

- soirées pour s'éclater
- Hébergement en gîte à Bidarray

Les mots d'ordre seront : autonomie, entraide, découverte, rencontre et aventure.



**BIDARRAY (64) | ENTRE MER ET MONTAGNE
DU 24 AU 30 OCTOBRE 2021**



- RAFTING SUR LA NIVE
FORCE BASQUE
- COURSE D'ORIENTATION,
RANDONNÉE
- VISITES DES GROTTES
D'ISTURITZ, DE SAINT
JEAN PIED DE PORT,
DE SAINT JEAN DE LUZ
ET D'ESPELETTE (AVEC
ATELIER CULINAIRE)

LES ACTIVITÉS PROPOSÉES POURRONT
ÉVOLUER EN FONCTION DE LA MÉTÉO ET
DES CONTRAINTES SANITAIRES.

**6 NUITS
7 JOURS
16
PLACES**



TARIF

SELON LE QUOTIENT FAMILIAL

**PRÉINSCRIPTIONS
DU 24 SEPTEMBRE
AU 8 OCTOBRE 2021**

**RENSEIGNEMENTS POUR
S'INSCRIRE :**

07 71 32 94 13

JEUNESSE@CDCMEDULLIENNE.FR

WWW.CDCMEDULLIENNE.COM

**HÉBERGEMENT : GITE
ET PENSION COMPLÈTE**



TARIFICATIONS (délibération du Conseil Communautaire du 12 janvier 2020)

La participation des familles s'échelonne entre **126 € et 238 €** selon leurs revenus.

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

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

CE QUE COMPREND VOTRE PARTICIPATION

Le voyage en mini bus 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 ;

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 15 octobre 2021.

DÉPÔT DU DOSSIER ET DÉCISION D'ADMISSION

La date limite de dépôt du dossier est fixée au 8/10/ 2021.

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 complet à : Communauté de Communes Médullienne – 4 place Carnot 33480 CASTELNAU MEDOC ou par mail jeunesse@cdcmedullienne.fr

Décision d'admission : Le nombre de place étant limité (16 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 8 octobre 2021.

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.

PIÈCES À FOURNIR

- Un justificatif de domicile (facture de moins de 6 mois...);
- L'avis d'imposition 2020 du foyer de l'enfant ;
- Le formulaire d'inscription (ci-joint) valant convention signée par le représentant légal ;
- La fiche sanitaire de liaison (ci-joint)

Le Règlement intérieur avec le protocole sanitaire sera présenté lors d'une réunion d'information et devra être signé par les parents et le jeune.

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

- Attestation de responsabilité civile extrascolaire valable jusqu'au 31/08/2022
- Attestation de sécurité sociale et allocataire (CAF, MSA, autres)
- Carnet de vaccination (le vaccin DT Polio doit être à jour)
- Attestation PAN (Attestation d'aptitude préalable à la pratique d'activités nautiques et aquatiques)

SÉJOUR ADOS DU 24 AU 30 OCTOBRE 2021

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) :

RENSEIGNEMENTS SUR LES REPRÉSENTANTS LÉGAUX

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 :

P

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

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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
