INSCRIPTION AU SEJOUR ÉTÉ 2025

Afin d'inscrire votre enfant au séjour été 2025, merci de compléter le dossier ci-dessous et de joindre **obligatoirement** :

□ Le dossier complet :

- Fiche d'inscription,
- Dossier ALSH uniquement si votre enfant n'est pas inscrit au centre.

□ Le règlement de la totalité du coût du séjour (plusieurs chèques possibles à l'ordre du Trésor Public)

Inscriptions jusqu'à épuisement des places

Dossier à rendre avant le 04 MAI.

Pour que l'inscription de votre enfant soit prise en compte, votre dossier devra être complet. Vous recevrez un mail de confirmation.

Coordonnées :

A.L.S.H. « Les enfants de Mérindol »

Groupe scolaire Les Oliviers

84360 MERINDOL

Tel : 04.90.72.93.59

Réglé le : ……/……/20 par …….

FICHE D'INSCRIPTION AU SEJOUR ÉTÉ DU 7 AU 11 JUILLET 2025

Nom et prénom de l'enfant : ……

Date de naissance : ……..

□ Primaire (de CP jusqu'en CM2 durant l'année scolaire 2024/2025)

□ Adolescent (de la 6ème jusqu'aux 17 ans de l'enfant durant l'année scolaire 2024/2025)

Adresse :

……

……

N° de téléphone portable : …….

N° de téléphone en cas d'urgence : ……

Je soussigné(e) Mme, M. ……. mère, père, tuteur, autorise ma fille, mon fils …… à participer au séjour organisé par l'ALSH de Mérindol, au Relais de Nature à Briançon, du **lundi 7 au vendredi 11 juillet 2025**.

Je m'engage à faire passer un test d'aisance aquatique à mon enfant attestant de la capacité à se déplacer dans l'eau sans présenter de signe de panique sur un parcours de 20 mètres, avec passage sous une ligne d'eau.

A l'issue de ce test**, je fournirai l'attestation de réussite à l'organisateur.**

L'attestation de réussite effectuée l'année dernière est toujours valable.

À cette occasion, j'autorise mon enfant à participer aux activités proposées dans le programme du séjour et m'engage à signaler tout problème médical.

J'autorise, en cas d'urgence, le responsable à prendre toutes les mesures nécessaires.

Dans le cadre du droit à l'image, les enfants sont susceptibles d'être photographiés et/ou filmés pendant le séjour afin de les partager avec vous, merci de bien vouloir nous informer de votre accord ou désaccord à ce sujet :

□ J'accepte que mon enfant soit filmé ou photographié.

□ Je n'accepte pas

SIGNATURE : Mère, Père, Tuteur

Réglé le : ……/……/20 par …….

Tarifs du séjour été 2025

Tranche	Revenus	Tarif du séjour ski par enfant
Tranche A	> 1496 €	262€
Tranche B	Entre 997 et 1496 € inclus	238€
Tranche C	Entre 797 et 996 € inclus	209€
Tranche D	Entre 401 et 796 € inclus	170€
Tranche E	<401€	148€

Réglé le : ……/……/20 par …….

ÉCOLE PRIMAIRE DE MÉRINDOL

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS
ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025

L'ÉLÈVE :

Nom de l'élève : ----------

Prénom(s) de l'élève :---------- Sexe : ❒ F ❒ M

Né(e) le : ……../……../…….. à : ---------- Nationalité : ----------

Classe fréquentée cette année : ---------- Classe fréquentée l'année dernière : ----------

Dans quelle école (si autre que Mérindol) :

L'enfant a-t-il déjà effectué une prolongation de scolarité (maintien ou redoublement) ?

❒ Oui, à quel niveau ? ---------- ❒ Non

LES PARENTS OU REPRÉSENTANT LÉGAUX :

	PÈRE	**MÈRE**
	Nom :	Nom usuel : Nom de jeune fille :
	Prénom :	Prénom :
Adresse (si séparés ou divorcés mettre les deux adresses)		
Mail		
Téléphone portable		
Profession et CSP		
CAF	□ CAF N° allocataire :……. □ MSA N° allocataire :…….	

➢ **TOUTE MODIFICATION (ADRESSE, NUMÉRO DE TÉLÉPHONE…), DEVRA ÊTRE SIGNALÉE.**

SITUATION FAMILIALE DES PARENTS :

❒ Mariés ❒ Vie commune ❒ Séparés ❒ Veuf ou veuve ❒ Pacsés

En cas de divorce, quel est le mode de garde ?

❒ Résidence chez la mère ❒ Résidence chez le père ❒ Garde alternée ❒ Autre :

➢ **En cas de séparation ou de divorce, veuillez fournir la copie du jugement, prononcé par le juge, concernant la garde des enfants (à fournir tous les ans)**

COMPOSITION DE LA FAMILLE : (Nom, Prénom, et année de naissance des frères et sœurs)

ASSURANCE SCOLAIRE : (à compléter si le contrat est déjà souscrit et **fournir une attestation**)

Nom de la société ou mutuelle	
Numéro de contrat	

ÉLECTIONS DES PARENTS D'ÉLÈVES :

❒ J'autorise l'école à communiquer les coordonnées des deux parents pour les élections des représentants d'élèves.

❒ Je n'autorise pas l'école à communiquer les coordonnées des deux parents pour les élections des représentants d'élèves.

URGENCES ET PERSONNES HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT :

NOM, PRÉNOM, LIEN AVEC LES PARENTS	TÉLÉPHONE

Médecin de famille : **Nom** ---------- **Prénom** ----------
Tel : ----------

J'autorise les enseignants à prendre les mesures d'urgences qu'ils jugeraient nécessaires en cas d'accident ou de maladie	❒ oui ❒ non **Signature :**

Renseignements utiles concernant la santé de l'enfant (problème de santé, allergies, lunettes, appareil dentaire, troubles, PAI…)

AUTORISATION DE SORTIE À LA FIN DES COURS POUR LES ENFANTS EN ÉLÉMENTAIRE :
J'autorise mon enfant à rentrer seul(e) à son domicile : ❒ oui ❒ non

MANUELS SCOLAIRES EMPRUNTS :
L'école fournit à votre enfant un ou des livres (manuels, récits…). En outre, il lui est possible d'emprunter des livres de bibliothèque.

Je soussigné(e) Mr, Mme ----------, m'engage en cas de perte ou de détérioration, à rembourser ou remplacer les manuels scolaires ou les livres de bibliothèque fournis ou empruntés par mon enfant.

Signature :

SIGNATURE OBLIGATOIRE :

ACADÉMIE
D'AIX-MARSEILLE
Liberté
Égalité
Fraternité

Commune de
MÉRINDOL

Fiche d'urgence

Nom de l'établissement : ECOLE DE MERINDOL
Année scolaire : 2024-2025

Nom : .....……..
Prénom : .....……
Classe : ..... Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....
.....
.....
.....
N° de sécurité sociale : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

1. N° du travail du père : .....
2. N° du travail de la mère : .....
3. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....
.....
.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : .....
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans.)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement.(allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)
.....
.....
.....
.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....…
.....

Commune de MÉRINDOL

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e),

□ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités culturelles, artistiques, sportives ainsi qu'aux diverses sorties proposées par l'Accueil de Loisirs de Mérindol.

□ Autorise l'Accueil de Loisirs de Mérindol à transporter mon enfant pour les activités auxquelles il est inscrit.

□ Autorise l'équipe de direction de l'Accueil de Loisirs de Mérindol à prendre, en cas d'urgence médicale, toutes les mesures nécessaires.

□ Autorise les autorités médicales à pratiquer les interventions chirurgicales nécessaires.

□ M'engage à rembourser les honoraires médicaux et les frais pharmaceutiques avancés en raison des soins prodigués.

□ Atteste que mon enfant est à jour de ses vaccinations.

□ Autorise que mon enfant soit photographié et/ou filmé dans le cadre des activités de l'Accueil de Loisirs de Mérindol.

□ Accepte que ces supports soient utilisés dans le cadre d'une exposition ou d'une projection publique, dans la mesure où celles-ci respectent les droits des enfants et ne nuisent pas à leur image.

Fait à Mérindol le :

Signature du responsable légal, précédée de la mention « Lu et approuvé »

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS OBLIGATOIRES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MEDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez .....

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc…
.....
.....
.....
.....

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....
ADRESSE :..... .....
....
TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :