

INSCRIPTION AU SEJOUR HIVER 2027

Afin d'inscrire votre enfant au séjour hiver 2027, 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.
  - Attestation d'assurance extrascolaire
  - Attestation CAF mentionnant le quotient familial

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

Inscriptions jusqu'à épuisement des places (85)

Dossier à rendre avant le 20 novembre.

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
lesenfantsdemerindol@orange.fr

FICHE D'INSCRIPTION AU SEJOUR HIVER 2027

Nom et prénom de l'enfant : ……

Date de naissance : …….

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, à Seyne les Alpes **du lundi 1er mars au samedi 6 mars pour les enfants de 6 à 17 ans.**

A 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 durant un moment convivial, 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

Tarifs du séjour ski 2027

Tranche	Revenus	Tarif du séjour ski par enfant
Tranche A	> 1496 €	360 €
Tranche B	Entre 997 et 1496 € inclus	300 €
Tranche C	Entre 797 et 996 € inclus	280 €
Tranche D	Entre 401 et 796 € inclus	250 €
Tranche E	<401€	220 €

DOSSIER ALSH 2026/2027

NOM ET PRENOM de l'enfant : _____

Date de naissance : ___ / ___ / ___ à _____

		PARENT 1		PARENT 2	
NOM-PRENOM					
SITUATION FAMILIALE		□ Marié □ Divorcé □ Séparé □ Pacsé □ Célibataire □ Veuf			
ADRESSE					
TEL. PORTABLE	**PROFESSIONNEL**				
ADRESSE MAIL (indispensable)					
REGIME D'ALLOCATIONS FAMILIALES		□ CAF N° Allocataire …….. □ MSA N° Allocataire ……..			

Personne à prévenir en cas d'urgence (si l'A.L.S.H. est dans l'impossibilité de joindre les parents) :
Mr/Mme …….. Lien de parenté ……
Adresse …….
Téléphone ……

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER VOTRE ENFANT

Nom et Prénom	N° de téléphone

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), _____

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

□ Autorise que mon enfant soit photographié et/ou filmé dans le cadre des activités et 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 RECOMMANDÉS	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 :