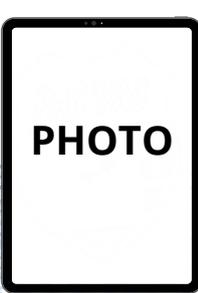




# Séjours 2024 - Dossier administratif

62 route de Trémaïdic, 29280 PLOUZANE



## Enfant

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... à ..... Sexe : M  F

Adresse : .....

Association : Licencié PAC  Adhérent ALSH  Nouvelle adhésion (10€)

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
N° portable :	N° portable :
N° travail :	N° travail :
Adresse mail :	Adresse mail :

## Contacts à prévenir en cas d'urgence

Noms / Prénoms	Lien avec l'enfant <i>Hors responsables légaux</i>	N° téléphone

## Séjours

*Cocher le séjour choisi*

- Séjour n°1 (6/14 ans) du lundi 12 au vendredi 16 août
- Séjour n°2 (6/10 ans) du lundi 19 au vendredi 23 août
- Séjour n°3 (11/14 ans) du lundi 26 au vendredi 30 août

# Fiche sanitaire

L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, lequel ? .....

*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.*

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

**L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Si oui, entourez.**

Rubéole	Varicelle	Angine	Rumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	

**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 LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....  
.....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC ... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
L'ENFANT A-T-IL DES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES (SANS PORC, SANS BŒUF, ETC...) PRÉCISEZ.

.....  
.....

## Autorisations

Je soussigné(e)....., responsable légal de .....  
.....

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre des séjours de vacances.
- Autorise la Directrice des séjours de vacances à faire hospitaliser mon enfant au centre de soin le plus proche si son état le nécessite et autorise la structure qui accueille l'enfant à lui prodiguer des soins.
- Autorise l'ALSH Trémaïdic à diffuser sur ses supports de communication (site internet, réseaux, flyers, affiches, articles de presse...) les photos ou vidéos prises dans le cadre des séjours de vacances.

## Signature

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur ces documents et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

# Conditions financières et administratives

**220€ (hors adhésion)**

- Moyens de paiement : Chèque, chèques vacances, CESU, espèce et virement (demander le RIB par mail).
- Documents à fournir : Dossier administratif - Pass Nautique - Paiement.
- La date d'annulation des mini-camps est fixée au lundi 15 juillet. Passé ce délai, aucun remboursement ne sera effectué.
- Le trousseau sera transmis par mail courant juin.

## Grille tarifaire - Quotient familial

QF	0-299	300-419	420-499	500-599	600-699	700-899	900-1199	1200 +
Tarif	141,25€	151,75€	162,25€	172,75€	183,25€	199€	214,75€	220€

*Nota : Le quotient familial est pris en compte uniquement si une **attestation CAF de paiement** où figurent le nom, prénom et la date de naissance de l'enfant est transmise avec le dossier.*

*Nota 2 : Pour les familles extérieures à Plouzané, le tarif plein est appliqué.*

## Partie réservée Direction ALSH

- Dossier administratif complet
- Pass Nautique
- Paiement

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR :

alsh-tremaidic@orange.fr

ALSH Trémaïdic

62 route de Trémaïdic, 29280 PLOUZANE

