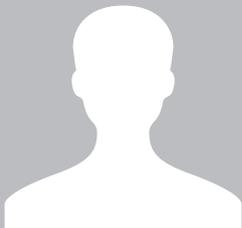


Pour pouvoir remplir ce formulaire à l'ordinateur et utiliser toutes ses fonctionnalités, vous devez utiliser le logiciel gratuit Adobe Acrobat Reader disponible à l'adresse : <https://get.adobe.com/fr/reader/>

### Informations concernant votre enfant

<b>Nom de l'enfant :</b>		Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/>
<b>Prénom de l'enfant :</b>		 <p>photo (Cliquez pour insérer la photo)</p>
<b>Date de naissance :</b>		
<b>Pointure :</b>		
<b>Taille (en cm) :</b>		
<b>Poids (en Kg) :</b>		
<b>Votre enfant a-t-il déjà participé à un séjour Cœur de Garonne ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui. Si oui précisez la période : <input type="checkbox"/> Non	
<b>Votre enfant est-il inscrit dans un ALAE ou ALSH de Cœur de Garonne ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui. Si oui précisez la structure : ..... <input type="checkbox"/> Non	
<b>Niveau de ski :</b>	<input type="checkbox"/> Niveau 0 <input type="checkbox"/> Niveau 1 <input type="checkbox"/> Niveau 2 <input type="checkbox"/> Niveau 3 (Niveau 0 : n'a jamais skié ; Niveau 1 : pistes débutants ; Niveau 2 : pistes vertes en chasse neige ; Niveau 3 : pistes bleues ou plus)	

### Choix du séjour

Indiquez ci-dessous les séjours sur lesquels vous souhaiteriez inscrire votre enfant en les numérotant de 1 à 3. Vous pouvez indiquer 3 choix maximum. En fonction des demandes d'inscription, une commission d'attribution pourra être réunie fin janvier afin de valider les inscriptions.

Séjours pour les 6-12 ans : .....

Séjour à Dorres du 19 au 23 février 2021  
 Séjour à Dorres du 23 au 27 février 2021  
 Séjour à Ascou-Pailhères du 22 au 26 février :    Option A (neige et montagne)    Option B (Ski)

Séjours pour les 13-17 ans : .....

Séjour à Dorres du 13 au 17 février 2021  
 Séjour à Dorres du 23 au 27 février 2021

## Assurance et informations sanitaires :

Compagnie d'assurance : ..... N° de contrat : .....

Mutuelle santé : ..... N° de contrat : .....

Médecin traitant : ..... N° de téléphone : .....

N° de sécurité sociale couvrant l'enfant : .....

## Informations concernant le ou les responsables légaux

Responsable légal 1		Responsable légal 2	
Nom d'usage :		Nom d'usage :	
Nom de naissance :		Nom de naissance :	
Prénom :		Prénom :	
Qualité :	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre : .....	Qualité :	Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre : .....
Situation familiale :		Situation familiale :	
Téléphone :		Téléphone :	
Tél. mobile :		Tél. mobile :	
Tél. professionnel :		Tél. professionnel :	
Courriel :		Courriel :	

## Personne[s] majeure[s] à appeler en d'urgence [autre que les parents]

Personne 1		Personne 2	
Nom d'usage :		Nom d'usage :	
Prénom :		Prénom :	
Téléphone :		Téléphone :	
Tél. mobile :		Tél. mobile :	
Personne 3		Personne 4	
Nom d'usage :		Nom d'usage :	
Prénom :		Prénom :	
Téléphone :		Téléphone :	
Tél. mobile :		Tél. mobile :	

## Informations concernant la facturation

Indiquez ci-dessous qui est le redevable (personne physique ou morale à facturer) :

- Responsable légal 1       Responsable légal 2       Tiers (joindre une attestation de prise en charge)

### Tarification au Quotient Familial

La tarification des séjours est établie selon le quotient familial.

À noter : pour les familles ne fournissant aucune information, **le tarif maximal sera automatiquement appliqué, sans effet rétroactif, en cas de modification.**

Vous dépendez de la CAF de la HAUTE GARONNE : N° d'allocataire CAF : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Nom de l'allocataire : .....

Quotient Familial de janvier 2020 : .....

Les renseignements fournis pourront faire l'objet d'un contrôle par le Service Enfance-Jeunesse par le biais de l'accès partenaire signé avec la CAF de la Haute Garonne

Si vous n'êtes pas allocataire CAF , merci de fournir l'avis d'imposition sur les revenus de 2019

## Autorisations

Nous .....

responsable(s) légal(ux) de l'enfant : .....

- **Autorisons**, l'équipe d'animation du séjour à prendre toutes décisions qu'elle jugera nécessaire en cas d'urgence médicale (hospitalisation, médecin, secours...).
- **Autorisons**, l'équipe d'animation à contacter la famille dans le cas d'un comportement inadapté au sein du groupe d'enfants. Il peut être envisagé en concertation avec les services compétents le retour de l'enfant avant la fin du séjour. Ce retour sera à la charge de la famille, aucun remboursement du séjour ne pourrait être demandé.
- **Prenons acte** que dans le cadre de ce séjour, le service enfance jeunesse peut être amené à prendre et à diffuser des photos des enfants (clé USB pour les familles, supports de communication internes et journaux, affiches, plaquettes à thèmes, sites internet,...) et donnons notre consentement, sans limitation de durée à la diffusion de l'image dans le cadre d'une publication visant à la promotion de la communauté de communes Cœur de Garonne et de ses services. Cette image peut être diffusée sur tous les supports de la collectivité uniquement dans un but de communication. La communauté de communes Cœur de Garonne s'engage à ne pas effectuer de montage de ces photos ou vidéos qui présenterait mon enfant dans une situation déshonorante ou dévalorisante. La présente autorisation d'exploitation du droit à l'image de mon enfant est consentie à titre gratuit. Dans le cas contraire, nous nous engageons à joindre à ce dossier une attestation écrite, datée et signée, précisant notre refus.

Fait à ....., le .....

Signature(s) :

Responsable légal 1 : .....

Responsable légal 2 : .....

**Pour signer numériquement le document, sans avoir à l'imprimer, vous pouvez utiliser le menu « Signer » puis « Remplir et signer » dans Adobe Acrobat Reader DC. À défaut, l'envoi de ce dossier via votre adresse email personnelle renseignée sur la page 2, vaut signature.**

## Justificatifs à fournir

Les informations ci-dessous sont nécessaires pour calculer le tarif du séjour en fonction de votre situation. De plus, si les demandes étaient supérieures au nombre de places, ils permettraient à la commission d'attribution de définir la priorité de votre demande. Merci de compléter le tableau ci-dessous et de fournir les documents demandés en annexe à votre dossier.

	Informations à remplir	Justificatif à fournir
<b>Précisez votre commune de résidence :</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Si un des parents s'acquitte de la Cotisation Foncière des Entreprises sur le territoire Cœur de Garonne, précisez l'entreprise et fournissez la copie de l'avis d'imposition.</b>		<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si un des parents est personnel de la communauté de communes Cœur de Garonne, précisez le service :</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Si votre enfant a participé à un séjour en 2020, précisez le séjour :</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Si un des parents est en recherche d'emploi, précisez depuis quand et fournissez une attestation d'inscription à Pôle Emploi.</b>		<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si un ou des frère(s) et sœur(s) est (sont) inscrit(s) sur le même séjour, précisez le(s) nom(s) et prénom(s) :</b>		<input type="checkbox"/>
<b>Si votre enfant fréquente un accueil de loisirs plus de 20 jours par an, précisez l'accueil et fournissez la copie des factures.</b>		<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Indiquez votre Quotient Familial CAF de janvier 2020 ou fournissez un avis d'imposition sur les revenus 2019.</b>		<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Si votre enfant dispose d'un Protocole d'Accueil Individualisé, indiquez ci-contre la pathologie et fournissez la copie du protocole.</b>		<input checked="" type="checkbox"/>



# 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  
 MÉDICAMENTEUSES  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 :