FICHE D'INSCRIPTION
SÉJOUR ÉTÉ 2025 – INDIANA JURA

Tribu WAYANA 9-10 ans

Dossier à remettre impérativement complet
au Centre de Facturation Unique, 12 rue Ampère - 21110 GENLIS

INSCRIPTIONS PAR COURRIEL OU DÉPOT le samedi 29 MARS 2025 à partir de 9h00

ATTENTION

Toutes les rubriques doivent être soigneusement complétées. *L'inscription ne sera définitive qu'une fois le dossier complet. Le nombre de places étant limité, seuls les premiers dossiers complets seront retenus.*

PARTICIPANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Sexe : F ☐ M ☐ Date de naissance : ____/___/___

RESPONSABLE LÉGAL 1

Qualité (père, mère…) : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone portable : _____ Domicile : _____

Téléphone Travail : _____

RESPONSABLE LÉGAL 2

Qualité (père, mère…) : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Adresse : _____

_____

Téléphone portable : _____ Domicile : _____

Téléphone Travail : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence lors du séjour :

_____

_____

Adresse courriel *(qui permettra de confirmer l'inscription de votre enfant dès réception de son dossier)* :

_____ @ _____

Autorisations de prises de vue :

- J'autorise l'équipe d'encadrement à filmer et photographier mon enfant _____ OUI ☐
  _____ NON ☐

→ En aucun cas ces images ne seront commercialisées.

Informations médicales :

- L'enfant a un traitement médical : OUI, avec P.A.I. ☐ OUI, sans P.A.I. ☐ NON ☐

Un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) est obligatoire pour administrer tout traitement.

⚠ LA FACTURATION

Mode de règlement choisi :

- ○ **en une seule fois (facture transmise après le séjour)**
- ○ **en 4 fois sans frais par prélèvement automatique uniquement**

Une majoration de 15% est appliquée aux familles ne résidant pas sur le territoire de Communauté de Communes de la Plaine Dijonnaise, conformément au règlement intérieur.

Déclaration du représentant légal

Je soussigné(e) Mr – Mme _____

Représentant(e) légal(e) de l'enfant : _____

- autorise le responsable du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin,
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour,
- m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille ainsi que les frais médicaux non remboursés par la Sécurité Sociale.

Date :_____ *Signature* :

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE FACTURATION UNIQUE

- ☐ Dossier administratif 2024-2025 complet,
- ☐ Attestation de droits à l'assurance maladie relative à l'enfant, disponible sur le site AMELI.
- ☐ Numéro d'Allocataire renseigné pour déduction de l'Aide au Temps Libre de la CAF (éventuelle).

A MINIMA 2 SEMAINES AVANT le séjour

- ☐ Le questionnaire de santé mineurs rempli et signé (disponible sur le site internet de la CCPD ou sur demande au CFU).
- ☐ Test d'aisance aquatique ou attestation scolaire « savoir nager » (ASS).
- ☐ Le PAI de l'enfant, le cas échéant.