

Dossier d'Inscription SEJOUR 2024

Nom -----

Prénom-----



SEJOUR du 29 juillet au 2 août

6-11 ans et 12-17ans



Dossier à retourner complet a
TI GWER avant le lundi 17 juin 2024

INSCRIPTIONS

Un dossier complet, c'est :

- 0 La fiche enfant
- 0 La fiche sanitaire
- 0 L'autorisation de transport
- 0 Un certificat médical datant de moins de 3 mois "non contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives"
- 0 Un certificat médical datant de moins de 3 mois "vaccins à jours"
- 0 Photocopie de l'assurance à jour
- 0 Brevet de natation de 25 mètres ou test anti-panique pour les activités aquatiques sans brassière de sécurité
- 0 Acompte de 30% du séjour

Les enfants de Plouneour-Menez sont prioritaires pour les séjours.

Tarifs et acomptes

Quotient familial	Montant	Acompte
-350	60 €	18 €
De 351 à 700	70 €	21 €
De 701 à 850	80 €	24 €
De 851 à 1000	100 €	30 €
De 1001 à 1200	120 €	36 €
+ 1201 / QF non calculé	140 €	42 €

Dates à retenir

A partir du lundi 27 mai :
Préinscription et distribution du dossier

Avant le lundi 17 juin :
Retour du dossier complet

Le mardi 25 juin à 18h :
Réunion d'infos enfants et ados

La présence des parents est
vivement souhaitée

Service Enfance Jeunesse
Ti Gwer - Plouneour-Menez
02 98 78 94 50 / ti-gwer@plouneour-menez.bzh

Enfant

Nom			
Prénom			
Date de naissance			
Dossier actif			
Photos autorisées		Sorties autorisées	
Rentrer seul		Test natation	

Domicile

Adresse			
Complément			
Ville			
E-mail			
Téléphone			

Monsieur

Nom/Prénom			
E-Mail			
Profession			
Téléphone mobile			
Téléphone bureau			
Autorité parentale			

Madame

Nom/Prénom			
E-Mail			
Profession			
Téléphone mobile			
Téléphone bureau			
Autorité parentale			

Medicales

Nom du médecin			
Téléphone			
Régime alimentaire			
Vaccinations à jour		jusqu'au	
Hospitalisation		PAI	
Recommandations de la famille			

Allocation

Nom de l'allocataire			
Régime			
Numéro allocataire			

Assurance

Nom de la compagnie			
Numéro de police			

Personnes habilitées à venir chercher l'enfant

Nom	Lien de parenté	Mobile	Domicile

Signature des parents

Nous reconnaissons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous engageons à nous y conformer.

Le :

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 :

ATTESTATION RELATIVE AU TRANSPORT DE MINEUR

Je, soussigné(e) (parents) :

NOM :

PRENOM :

Dans le cadre de l'exercice de mon autorité parentale, autorise :

Mon fils./ Ma fille :

NOM :

PRENOM :

A être transporté en voiture lors des retours du séjour été 2024.

Fait le à

SIGNATURE :

Contacts

SERVICE ENFANCE JEUNESSE

TI GWER

Maïan PERROS

ti-gwer@plouneour-menez.bzh

Gilcianne BRUNET

alsh.plouneour@gmail.com

02.98.78.94.50 ou 06.77.58.07.07

<https://www.plouneour-menez.bzh/>

<https://www.facebook.com/mairieplouneourmenez/>