

AUTORISATION DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e), Père, Mère, Tuteur* :

.....

Responsable du jeune désigné sur cette fiche,

- l'autorise à participer à toutes les activités proposées (sur place) à l'exception de celle(s) contre-indiquée(s) par un certificat médical
- autorise l'équipe de direction à prendre toutes les mesures nécessaires dans le cas où le jeune aurait besoin de soins urgents,
- autorise la Communauté de Communes Terres du Haut Berry (organisateur) à utiliser les photos ou vidéos et/ou films sur le site internet, les réseaux sociaux et dans le cadre de documents de communication ou d'exposition
- autorise la Communauté de Communes Terres du Haut Berry à consulter mon quotient familial sur la base de données de la CAF

* rayez les mentions inutiles

Signature du Responsable légal,

Le « Lu et approuvé »,



OBLIGATION D'ADHÉSION À L'ESPACE JEUNES POUR PARTICIPER AU SÉJOUR.

**5€ pour les jeunes du territoire
 10€ pour les jeunes hors territoire
 à régler avant le départ auprès de :**

06 77 31 34 62 — 06 42 98 69 36 — 07 88 97 64 20
 ludivine.delmarle@terresduhautberry.fr
 sebastien.ledoux@terresduhautberry.fr
 alexis.hernandez@terresduhautberry.fr

TARIFS

Tarifs applicables sur le territoire de la Communauté de Communes Terres du Haut Berry : familles qui résident et/ou travaillent ou dont les enfants sont scolarisés sur l'une des 30 communes de la communauté de communes.



TARIFS DU SÉJOUR

QF ≤ 400	79 €
401 ≤ QF ≤ 699	120 €
700 ≤ QF ≤ 1155	161 €
1156 ≤ QF ≤ 1499	222 €
1500 ≥ QF	283 €

Tarifs applicables en dehors du territoire de la Communauté de Communes Terres du Haut Berry.



TARIFS DU SÉJOUR

QF ≤ 400	161 €
401 ≤ QF ≤ 699	222 €
700 ≤ QF ≤ 1155	283 €
1156 ≤ QF ≤ 1499	304 €
1500 ≥ QF	324 €

DOCS À FOURNIR

- Copie de la carte vitale ou de l'attestation d'assurance maladie + carte d'identité du responsable légal et du mineur
- Copie du carnet de santé (vaccins).
- Si vous bénéficiez d'aides complémentaires (CAF, MSA, CE), merci de nous fournir les documents à remplir.
- Attestation d'assurance extrascolaire ou responsabilité civile 2024
- Justificatif du quotient familial 2024
- Attestation d'aptitude préalable à la pratique d'activités nautiques (à fournir avant le séjour)

Séjour pour les 14 / 17 ans du 13 au 20 août 2024
 à Bief-du-Fourg (39)

JURA OÙ TU IRAS, MES VACANCES AVEC TOI !



ESPACE JEUNES SIMONE VEIL

5 route de Mery-ès-Bois • 18110 St-Martin-d'Auxigny
 06 77 31 34 62 • ludivine.delmarle@terresduhautberry.fr

ESPACE JEUNES ROSA PARKS

6 place de l'Hôtel de Ville • 18250 Henrichemont
 06 42 98 69 36 • sebastien.ledoux@terresduhautberry.fr

ESPACE JEUNES NELSON MANDELA

Rue Corminbœuf • 18110 FUSSY
 07 88 97 64 20 • alexis.hernandez@terresduhautberry.fr

**BULLETIN D'INSCRIPTION À RETOURNER
 AVANT LE 30 JUIN 2024**

LIMITÉ À 20 PLACES

PROGRAMME DU SÉJOUR

DÉPART MARDI 13 AOÛT 2024

Départ à 8h00, au complexe sportif Cathy Melain à Saint-Martin-d'Auxigny, direction Bief-du-Fourg dans le Jura.

HÉBERGEMENT EN GÎTE

Accueil à la ferme

VIE COLLECTIVE

Apprentissage de la responsabilité et de la vie en collectivité (cours/cuisine/ménage)

ACTIVITÉS

Découverte du patrimoine local, activités nautiques, culturelles, sportives...



RETOUR PRÉVU MARDI 20 AOÛT 2024

Retour vers 18h00 au complexe sportif Cathy Melain, 18110 Saint-Martin-d'Auxigny.



MATÉRIEL OBLIGATOIRE



- Pique-nique du mardi 13 août
- Lampe de poche ou frontale
- Sac à dos et gourde
- Paires de chaussures adaptées aux différentes activités et à la baignade
- Lunettes de soleil, crème solaire, casquette ou chapeau
- Maillot de bain piscine + maillot de bain mer
- Bonnet de bain
- Nécessaire de toilette
- Linge de lit ou duvet

L'ensemble du matériel ainsi que les affaires personnelles du jeune seront sous sa responsabilité.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

LE JEUNE

Nom :

.....

Prénom :

Age : Sexe : F M

Adresse :

.....

Tél. :

Mail :

Date et lieu de naissance :

.....

Etablissement scolaire :

RESPONSABLE LÉGAL

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tél. :

Mail :

QUOTIENT FAMILIAL 2024 :

En l'absence de justificatif MSA/CAF ou feuille d'imposition N-1, le tarif le plus élevé sera appliqué

N° allocataire de la Caisse d'Allocations Familiales

(partenaire financier) :

ou N°MSA :

N° sécurité sociale de la personne à laquelle est rattachée le jeune :

QUI JOINDRE D'AUTRE EN CAS D'URGENCE :

Nom :

Prénom :

Tél. :

FICHE SANITAIRE

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Le jeune suit-il un traitement médical oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A TITRE INDICATIF

LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

(Ou joindre photocopie du carnet de santé)

Rubéole oui non Varicelle oui non

Angine oui non Scarlatine oui non

Coqueluche oui non Otite oui non

Rougeole oui non Oreillons oui non

Rhumatisme articulaire aigu oui non

ALLERGIES

Asthme oui non Alimentaires oui non

Médicamenteuse oui non Autres oui non

Précisez (la cause de l'allergie et la conduite à tenir) :

.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) EN COURS : oui non
(si oui joindre obligatoirement le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

(à renseigner obligatoirement)

LE JEUNE PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non

au besoin prévoir un étui au nom du jeune

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

LE JEUNE SUIV UN RÉGIME ALIMENTAIRE : oui non

PRÉCISEZ

AUTRES RECOMMANDATIONS (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....

.....

Date : Signature :