

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	130 €
401 ≤ QF ≤ 699	161,50 €
700 ≤ QF ≤ 1155	194 €
1156 ≤ QF ≤ 1499	243 €
1500 ≥ QF	291 €

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



TARIFS DU SÉJOUR	
QF ≤ 400	194 €
401 ≤ QF ≤ 699	243 €
700 ≤ QF ≤ 1155	291 €
1156 ≤ QF ≤ 1499	307 €
1500 ≥ QF	323 €

La facture vous sera adressée courant septembre 2025

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 2025
- Justificatif du quotient familial 2025
- Attestation d'aptitude préalable à la pratique d'activités nautiques (à fournir avant le séjour)

Séjour pour les 14 / 17 ans

du 4 au 13 août 2025

à Carcans (33)

UN SÉJOUR CARCANTUESQUE



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

2 route de Vasselay • 18110 FUSSY
07 88 97 64 20 • alexis.hernandez@terresduhautberry.fr

**BULLETIN D'INSCRIPTION À RETOURNER
AVANT LE 30 JUIN 2025**

DANS LA LIMITE DES PLACES DISPONIBLES

PROGRAMME DU SÉJOUR

DÉPART LUNDI 4 AOÛT 2025

Départ à 8h00, au complexe sportif Cathy Melain
à Saint-Martin-d'Auxigny, direction Carcans en Gironde (33)

HÉBERGEMENT

Accueil au centre de vacances à Bombannes

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 MERCREDI 13 AOÛT 2025

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



MATÉRIEL OBLIGATOIRE

- ☐ Pique-nique du lundi 4 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
- ☐ 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 2025 :

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 :

