

CÔTE D'AZUR du dim. 14 au sam. 20 avril 2024

(1 dossier par enfant)

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR L'AGENT D'ACCUEIL

Date de dépôt : Heure de dépôt :

Le nombre de places étant limité, les inscriptions seront donc retenues par ordre d'arrivée.

Complétez ce document, signez les encadrés obligatoires et rassemblez toutes les pièces nécessaires

Déposez le tout à l'accueil des Mairies à partir du Lundi 4 mars 2024**Le dépôt de votre dossier ne vaut pas acceptation**

Celui-ci sera vérifié par le service Inscriptions :

- si votre dossier est complet, sous réserve de places disponibles vous recevrez une confirmation par courrier ou par mail à garder comme preuve d'inscription ;
- si votre dossier est incomplet, il ne sera pas accepté et sera mis en liste d'attente.

*Merci de remplir lisiblement ces tableaux***ENFANT :** Garçon : ☐ Fille : ☐ Âge : Né(e) le : / /

NOM et PRÉNOM :

ADRESSE :

Nationalité (en cas de séjour à l'étranger) :

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? NON ☐ OUI ☐ (Fournir la photocopie)**REPRÉSENTANT LÉGAL :** Père : ☐ Mère : ☐ Tuteur : ☐

NOM et PRÉNOM :

ADRESSE :

Téléphone mobile :

ADRESSE COURRIEL (même adresse que celle utilisée sur votre espace famille « boisco déclic ») :

*Ces données seront uniquement utilisées pour des échanges avec le service Démarches familles et Inscriptions***REPRÉSENTANT LÉGAL :** Père : ☐ Mère : ☐ Tuteur : ☐

NOM et PRÉNOM :

ADRESSE :

Téléphone mobile :

ADRESSE COURRIEL (même adresse que celle utilisée sur votre espace famille « boisco déclic ») :

Ces données seront uniquement utilisées pour des échanges avec le service Démarches familles et Inscriptions

FACTURATION *(Cochez la case correspondant à votre situation et signez dans l'encadré)*

- ☐ « Je suis déjà en prélèvement automatique pour toutes les activités facturées par la ville » ;
☐ « Je ne suis pas en prélèvement **alors j'inscris le NOM et l'ADRESSE du payeur pour l'année 2023-2024** »

NOM et PRÉNOM du payeur :

ADRESSE :

A NOTER : la personne désignée ci-dessus s'engage à régler chaque facture mensuelle regroupant les activités de la petite enfance, du périscolaire et de la culture (un seul nom par famille). Les modalités du prélèvement automatique sont gérées par le Point de Paiement Centralisé (PPC).

Signature du payeur
(OBLIGATOIRE)

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

« Je déclare avoir pris connaissance et accepter sans réserve le règlement et les conditions générales de participation au séjour qui m'ont été remis lors de l'inscription de mon enfant. »*

« J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités sportives proposées. »

« Je certifie exacts les renseignements mentionnés dans ce dossier ainsi que les photocopies transmises aux services municipaux et m'engage à informer l'administration de tout changement de situation qui surviendrait avant le départ. »

* Règlement disponible à l'accueil des mairies et téléchargeable sur www.bois-colombes.fr

Signature du responsable légal
(OBLIGATOIRE)

Données personnelles : ces données sont collectées par la ville de Bois-Colombes pour permettre la gestion des services en matière d'affaires scolaires, périscolaires et extrascolaires. Elles seront conservées pendant deux ans, durée permettant la saisie comptable des éléments et leur archivage réglementaire. Pour exercer vos droits à la consultation ou rectification, contactez la déléguée à la protection des données personnelles par courriel à l'adresse dpo@bois-colombes.com ou par courrier à DPO, 15 rue Charles-Duflos, 92277 Bois-Colombes cedex.

CÔTE D'AZUR
11/14 ANS du 14 au 20 avril 2024

TARIFS ET PARTICIPATION DES FAMILLES

Le montant du séjour est calculé en fonction du quotient familial de la famille.

ASSURANCE

Nous vous conseillons de souscrire un contrat d'assurance pour votre enfant, couvrant les dommages corporels auxquels l'exposent les activités auxquelles il participe (type assurance extrascolaire).

TRAITEMENTS MÉDICAUX EN COURS – FRAIS ENGAGÉS

En cas de traitement médical à poursuivre pendant le séjour, nous vous demandons de bien vouloir en faire part à l'un des animateurs au départ et veiller à placer dans la valise l'original de l'ordonnance, ainsi que le traitement de votre enfant pour toute la durée du séjour, dans son emballage d'origine marqué au nom et prénom de l'enfant.

En l'absence de ce document, le traitement de votre enfant ne pourrait être poursuivi.

Les frais médicaux sont à la charge des familles. Au retour de vos enfants, vous recevrez une demande de paiement des frais engagés pendant le séjour (pour les détails et les remboursements, se référer au règlement).

CONDITIONS D'ANNULATION

- Après dépôt du dossier, sans demande d'annulation écrite adressée au service organisateur, la totalité du séjour reste due.
 1. Si la demande est adressée au service organisateur un mois avant la date du début du séjour, aucun frais ne sera facturé à la famille ;
 2. Si cette demande intervient 15 jours avant la date du début du séjour, 10% de la participation demandée à la famille resteront dus à la commune ;
 3. Si cette demande intervient dans la semaine précédant la date du début du séjour, 50% de la participation demandée à la famille resteront dus à la commune ;
 4. Si cette demande intervient à compter du jour du début du séjour, aucun remboursement n'aura lieu.
- Tout séjour entamé reste dû.
- En cas de présentation avant le jour du début du séjour, d'un certificat médical mentionnant qu'il est impossible au jeune d'y participer pour raison de santé, l'inscription ne fera pas l'objet d'une facturation.
- Tout participant aux séjours de vacances qui fera preuve d'un comportement incompatible avec les règles de vie en collectivité, fera l'objet d'un rapatriement disciplinaire. Les frais relatifs au renvoi du participant sont à la charge de la famille, sans aucune possibilité de remboursement des frais de séjours (cf règlement en annexe)

PIÈCES À FOURNIR

Les cases grises sont réservées à l'administration.

<input type="checkbox"/> Dossier d'inscription dûment complété et signé.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fiche retour de l'enfant dûment complétée et signée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fiche sanitaire avec photo, dûment complétée et signée	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copie du carnet de santé (avec vaccinations notifiées sur la fiche sanitaire)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copie de l'attestation de la carte vitale ou CMU.....	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Copie de sa carte d'identité ou passeport (original obligatoire pour le départ)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Attestation de savoir nager d'un organisme nautique ou le pass nautique complété (à fournir au plus tard pour la réunion d'information)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Certificat médical d'aptitude à la pratique d'activités nautiques	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Assurance extra-scolaire (facultative mais conseillée)	<input type="checkbox"/>

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE TRAITÉ

Données personnelles : ces données sont collectées par la ville de Bois-Colombes pour permettre la gestion des services en matière d'affaires scolaires, périscolaires et extrascolaires. Elles seront conservées pendant deux ans, durée permettant la saisie comptable des éléments et leur archivage réglementaire. Pour exercer vos droits à la consultation ou rectification, contactez la déléguée à la protection des données personnelles par courriel à l'adresse dpo@bois-colombes.com ou par courrier à DPO, 15 rue Charles-Duflos, 92277 Bois-Colombes cedex.

A joindre au dossier d'inscription

Séjour : **CÔTE D'AZUR** pour les 11/14 ansDate de retour : **Samedi 20 avril 2024****ADHÉRENT :**

NOM et PRÉNOM du jeune :

ADRESSE :

RETOUR DE L'ENFANT

Cochez la case correspondant à votre situation et signez en bas de page

REPRÉSENTANT LÉGAL :

NOM et PRÉNOM :

TÉL. MOBILE :

☐ Cas n°1 : **vous serez présent** au retour du jeune☐ Cas n°2 : **vous autorisez votre enfant à rentrer seul**
(jeunes uniquement âgés de 15 ans et +)☐ Cas n°3 : vous autorisez une autre personne, **munie de sa carte d'identité**
à venir chercher l'enfant en remplissant l'autorisation ci-dessous :

Je soussigné(e), Mme, M.
responsable légal de l'enfant susnommé
autorise Mme, M.
à venir chercher mon enfant lors de son retour de séjour.

Signature du responsable légal (OBLIGATOIRE)

Données personnelles : ces données sont collectées par la ville de Bois-Colombes pour permettre la gestion des services en matière d'affaires scolaires, périscolaires et extrascolaires. Elles seront conservées pendant deux ans, durée permettant la saisie comptable des éléments et leur archivage réglementaire. Pour exercer vos droits à la consultation ou rectification, contactez la déléguée à la protection des données personnelles par courriel à l'adresse dpo@bois-colombes.com ou par courrier à DPO, 15 rue Charles-Duflos, 92277 Bois-Colombes cedex.

ENFANT

Garçon : ☐ Fille : ☐

NOM :

PRÉNOM :

Né(e) le : à :

ADRESSE

ÉCOLE FRÉQUENTÉE EN 2023-2024 :

Élémentaire : ☐ Collège : ☐ Lycée : ☐ Préciser le niveau :

Coordonnées des deux parents (remplir les 2 colonnes) ou du responsable légal (remplir seulement la 1^{re} colonne)

INFORMATIONS	(1) <input type="checkbox"/> PÈRE OU RESPONSABLE LÉGAL)	(1) <input type="checkbox"/> MÈRE
(1) Merci de cocher la case du parent à joindre en premier en cas d'urgence		
Nom		
Prénom		
Adresse		
Tél. mobile		
Tél. pro		
Tél. domicile		
E-mail (séparez bien les lettres pour une lecture aisée)		
Situation familiale	Mariés <input type="checkbox"/> Pacsés <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/>	Séparés ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Divorcés ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Précisez si : garde alternée ⁽²⁾ <input type="checkbox"/>

⁽²⁾ Cette fiche est destinée aux animateurs pendant le séjour de votre enfant : merci de joindre

a) un justificatif précisant le mode de garde choisi (courrier de la CAF, des parents...) et ce, même si vous avez déjà donné ces documents avec le dossier famille (qui reste en mairie) ;

b) le cas échéant, la copie de l'extrait de jugement justifiant de la responsabilité de l'enfant.

AUTORISATIONS/INTERDICTIONS PARENTALES

Merci de préciser la liste des personnes **autorisées** à venir chercher l'enfant
(ces personnes doivent présenter une pièce d'identité et être âgées de + de 15 ans)

ou **ayant l'interdiction** de venir chercher l'enfant :

NOM ET PRÉNOM	TÉLÉPHONE	LIEN DE PARENTÉ	AUTORISATION	INTERDICTION
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise la prise de vues de mon enfant pour les publications de la ville (journal, affiches, programmes, siteinternet de la ville,...).			Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

ASSURANCE (Facultatif mais conseillé)

Si vous en avez une assurance scolaire-périscolaire pour votre enfant, merci d'indiquer :

Nom de la compagnie et téléphone :

Numéro du contrat :

RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VOTRE ENFANT DOIT ÊTRE À JOUR DES VACCINS OBLIGATOIRES

Joindre obligatoirement la copie des pages du carnet de santé attestant que ces vaccinations sont à jour.
Dans le cas contraire, joindre le certificat médical de contre-indication.

■ Vaccinations	DT Polio (obligatoire)	ROR (facultatif)	BCG (facultatif)
Date du vaccin			
Date du dernier rappel			

- Si votre enfant a déjà eu **les maladies suivantes**, cochez les cases correspondantes :

COQUELUCHE ☐

SCARLATINE ☐

VARICELLE ☐

- Votre enfant a des **réactions allergiques** (asthme, alimentaires), médicamenteuses ou autres. OUI ☐ NON ☐

Précisez lesquelles :

- Votre enfant a eu des **antécédents médicaux ou chirurgicaux**, (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...). OUI ☐ NON ☐

Précisez lesquels, les dates et les précautions à prendre :

- Votre enfant **suit un traitement médical régulier** : OUI ☐ NON ☐

Précisez lequel :

Le projet d'Accueil Individualisé (PAI) permet de mettre en place sur le temps de l'école et du périscolaire les aménagements nécessaires aux enfants souffrant de troubles de santé : administration de médicaments, régime alimentaire particulier... Il est élaboré en lien avec le médecin traitant de l'enfant.

- Si votre enfant **bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé**, cochez la case : **PAI** ☐

- Ce P.A.I. concerne : l'administration de **médicaments** ☐ un **régime alimentaire** précis ☐

- Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, dentaire...)

.....

- Repas sans porc : OUI ☐ NON ☐

SIGNATURES DES PARENTS

A remplir obligatoirement

Je, soussigné(e),

Madame, Monsieur

En qualité de ☐ père, ☐ mère, ☐ représentant légal

certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que les documents joints et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à Bois-Colombes, le/...../..... Signatures :

--	--

RAPPEL DES PIÈCES À JOINDRE

Joindre **DANS TOUS LES CAS** :

☐ les copies **des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations** ;

Joindre également le cas échéant :

☐ **un justificatif précisant le mode de garde choisi** (courrier de la CAF, des parents...) et ce, même si vous avez déjà donné ces documents avec le livret famille (qui reste en mairie) ;

☐ la **copie de l'extrait de jugement justifiant de la responsabilité** de l'enfant.

Merci de nous signaler rapidement tout changement
ou tout renseignement utile (téléphone, adresse, maladie...)

PASS NAUTIQUE



Attestation d'aptitude à la pratique d'activités aquatiques et nautiques

Durant son séjour votre enfant sera amené à pratiquer une ou plusieurs activités nautiques.

La pratique de ces activités est subordonnée à la réussite du présent test :

Arrêté du 25 avril 2012 fixant les modalités d'encadrement et les conditions d'organisation et de pratique de certaines activités physiques en Accueils Collectifs de Mineurs.

Le document atteste l'aptitude du mineur à :

- effectuer un saut dans l'eau ;
- à réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes ;
- à réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes ;
- à nager sur le ventre pendant 20m ;
- à franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.



Pour information : Le test peut être réalisé avec une brassière de sécurité.

Ce test s'effectue en piscine, en se renseignant au préalable auprès d'un maître-nageur (un rendez-vous est souvent nécessaire). Vous pourrez lui faire remplir l'attestation ci-dessous.

Conservez l'originale et adressez-nous une photocopie.

En l'absence de ce document, nous ne pourrions autoriser votre enfant à participer aux activités nautiques sauf s'il est possible de repasser ce test sur place (nous contacter si besoin).

Je soussigné (nom, prénom) :

Titulaire du diplôme : N°

Date de délivrance du diplôme :

certifie que

Nom : Prénom :

Date de naissance :

à satisfait au test d'aisance aquatique, tel que défini par l'arrêté du 25 avril 2012, article 3.

Test réalisé : ☐ avec brassières de sécurité ☐ sans brassières de sécurité

Test effectué et attestation établie le / /

À

Signature :

Cachet de la piscine :

Admis en équivalence :

- l'attestation scolaire "savoir-nager" délivrée en primaire par un professeur des écoles en collaboration avec un professionnel qualifié, et en secondaire par un professeur d'EPS.

- le "sauv'nage", réalisé par les fédérations sportives adhérentes du Conseil Interfédéral des Activités Aquatiques (CIAA) (= club de natation, triathlon, water-polo...).

Non-admis : Les brevets de 25m, 50m,... et les diplômes de natation tel que le "dauphin bleu" ou autres attestations...