



Mini-séjours

Eté 2019

**S'INSCRIRE
ET
RESERVER**

portail-animation.ufcv.fr



Ufcv Bourgogne
29 rue Jean-Baptiste Baudin
21 000 Dijon



1 Objet

Les mini-séjours présentés dans les offres de l'été sont des activités complémentaires des accueils de loisirs organisés pour les communes de Daix, Neuilly-Crimolois et pour la communauté de communes Norge-et-Tille.

La participation aux mini-séjours implique, d'une part, la pleine acceptation du règlement intérieur des structures des territoires pré-cités et, d'autre part, l'acceptation de ce présent règlement (*règlements disponibles sur votre accueil de loisirs ou sur portail-animation.ufcv.fr*).

Ce présent règlement relève à 17 ans l'âge maximum des enfants et jeunes pouvant être accueillis.

2 Conditions d'accès et tarifaires

Les enfants et jeunes doivent avoir exactement l'âge des publics accueillis par mini-séjour. La réservation des places n'est possible qu'à compter de la réception du dossier administratif annuel, de la fiche de réservation, de la fiche sanitaire et du cout du forfait de l'activité. Lorsque la réservation est validée et confirmée par nos services, l'annulation reste possible mais le cout du service réservé est dû. Les tarifs sont indiqués dans les brochures de diffusion des séjours. Ils comprennent une part fixe et une part variable en fonction des revenus. La famille est tenue de justifier de ses revenus ; à défaut, le tarif maximum est appliqué.



Fiche de réservation Mini-séjour 2019

POUR RESERVER, VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR REMPLI LE DOSSIER ADMINISTRATIF 2018/2019 DISPONIBLE SUR portail-animation.ufcv.fr . DANS LA NEGATIVE, IL EST A JOINDRE A CE DOCUMENT

1 L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../..... Garçon Fille

2 SEJOUR RESERVE

DATES DU SEJOUR

3 RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre :

Nom: Prénom: Email

Adresse: CP: Ville:

Tél port. Tél maison Tél prof

4 RESPONSABLE LÉGAL N°2 Père Mère Autre :

Nom: Prénom: Email

Adresse: CP: Ville:

Tél port. Tél maison Tél prof

5 ADRESSE EMAIL DE COMMUNICATION

L'adresse email sera le mode de communication privilégié par nos services pour envoi d'information et de convocation. Merci d'écrire de manière lisible et espacée :

6 DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

- J'ai pris connaissance des règlements intérieurs des accueils et je les accepte dans leur intégralité. Ils sont disponibles sur place au sein des accueils et sur portail-animation.ufcv.fr .
- J'autorise mon enfant à participer aux sorties éventuelles organisées par les structures d'accueil.
- J'autorise la direction des accueils à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
- Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à l'accueil de mon enfant à réception du relevé de frais, ainsi que tout frais médicaux avancés par l'Ufcv.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier, d'une part, et dans la fiche sanitaire, d'autre part.
- En l'absence des documents demandés, le tarif le plus élevé est appliqué.

Fait à :

Le :

Nom du signataire:

Signature:

Rappel des Pièces à joindre au dossier :

1. Le dossier administratif 2018/2019 si votre enfant n'a pas fréquenté nos accueils de loisirs et périscolaire en cours d'année scolaire.
2. Le règlement du forfait de l'activité par chèque, ANCV, CESU, Espèces .
3. La fiche sanitaire spécial mini-séjour

FORFAIT DE L'ACTIVITE A REGLER A LA RESERVATION



Fiche d'inscription 2019 – Mini-camp

Remplir un dossier par enfant et par année scolaire.

1 L'ENFANT

Nom: Prénom:

Garçon Fille Date de naissance :

2 RESPONSABLE LÉGAL N°1 Père Mère Autre :

Nom: Prénom: Email

Adresse: CP: Ville:

Tél port. Tél maison Tél prof Profession :

3 RESPONSABLE LÉGAL N°2 Père Mère Autre :

Nom: Prénom: Email

Adresse: CP: Ville:

Tél port. Tél maison Tél prof Profession :

4 FACTURATION

La facturation est à adresser à : responsable N°1 - responsable N°2 - responsable N°1 et N°2 *cocher la case*

En l'absence des documents demandés (voir encadré en bas à droite), le tarif le plus élevé est appliqué.

Si vous optez pour l'envoi par mail des factures, merci de préciser ici l'email de contact :

5 RENSEIGNEMENTS CAF

Caisse d'Allocations Familiales ou MSA ou autres régimes (à préciser) de :

.....

N° d'allocataire : **(Joindre la notification CAF d'aide au temps libre de l'année en cours**

- Ce document doit être au nom du payeur principal). En l'absence de numéro d'allocataire, le tarif le plus élevé est appliqué.

6 DÉCLARATIONS ET SIGNATURES

- J'ai pris connaissance des règlements intérieurs des accueils et je les accepte dans leur intégralité. Ils sont disponibles sur place au sein des accueils et sur **portail-animation.ufcv.fr**.
- J'autorise mon enfant à participer aux sorties éventuelles organisées par les structures d'accueil.
- J'autorise la direction des accueils à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.
- J'autorise l'Ufcv à me faire parvenir mes factures par email en lieu et place de l'envoi par courrier postal : oui non¹
- Je souhaite adhérer au prélèvement bancaire : oui non¹ **(Joindre un RIB)**
(¹ : si lors d'une précédente inscription les « oui » ont été cochés, alors toute annulation des dites procédures se fait sur papier libre joint à cette fiche)
- Je m'engage à payer l'intégralité des frais liés à l'accueil de mon enfant à réception du relevé de frais, ainsi que tout frais médicaux avancés par l'Ufcv.
- Je m'engage à signaler tout changement de situation concernant les informations communiquées dans ce dossier, d'une part, et dans la fiche sanitaire, d'autre part.
- En l'absence des documents demandés, le tarif le plus élevé est appliqué.

Rappel des Pièces à joindre au dossier :

- Avis d'imposition de l'année 2017 sur les revenus 2016
- Justificatif de domicile
- Notification CAF d'aide au temps libre 2019
- RIB (si prélèvement)

Fait à :

Le :

Nom du signataire:

Signature:



Fiche sanitaire de liaison - Mini-séjour 2019

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Elle est à actualiser en fonction de l'état sanitaire de votre enfant.

1 L'ENFANT

Nom : Prénom : Date de Naissance:/...../..... Garçon Fille

2 RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père Mère Autre : Nom : Prénom :

Adresse : CP : Ville :

Parent 1: Tél port. Tél maison Tél prof

Parent 2: Tél port. Tél maison Tél prof

Numéro de sécurité sociale : Adresse de votre CPAM :

3 VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT pol io			
Ou Tetracoq			
Autres (préciser)			

VACCINS RECOMMANDÉS	DATES DU DERNIER RAPPEL
Hépatite B	
Rubéole—Oreillons—Rougeole	
Coqueluche	
Autre (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. **ATTENTION ! Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

4 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

Votre enfant à t'il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Scarlatine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Rougeole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Otite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
		Oreillons	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Vous enfants à t'il des allergies

Asthme OUI NON

Médicamenteuses OUI NON

Alimentaires OUI NON

Si autre, préciser ci-contre :

Indiquez ci-après : les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....
.....
.....

5 RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LÉGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez :

.....

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à :

Année scolaire: 2018/2019

Nom du signataire:

Signature:

Le:



1 L'ENFANT

Nom: Prénom:..... Date de Naissance:/...../..... Garçon Fille

2 LE RESPONSABLE LÉGAL

Nom: Prénom:..... Lien avec l'enfant : Père Mère
 Autre, précisez :

3 DROIT À L'IMAGE

J'autorise l'Ufcv à utiliser l'image de mon enfant, dans tout support de communication (site internet Ufcv, site de la collectivité, brochures, vidéos, support audio, journaux, blog famille, activités du centre, photographie, newsletter) pour une durée indéterminée et à des fins non commerciales en France.

Fait à : Le : Signature:

4 CAF PRO

J'autorise l'Ufcv à demander à la Caisse d'Allocations Familiales de Côte d'Or, via le dispositif CAF Pro, mon dossier familial. Cette consultation du dossier CAFPRO ne se fera que par une personne autorisée par la C.A.F., et tenu au secret professionnel. En cas de refus j'ai bien noté que si je ne fournissais pas les documents demandés, le tarif le plus élevé sera appliqué.

Fait à : Le : Signature:

5 AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant aux heures de départ des accueils. Ces dernières devront se munir d'une preuve d'identité, ce sans quoi l'enfant ne pourrait pas quitter l'accueil. L'autorisation est valable de la date de signature jusqu'au 31 août de l'année scolaire en cours, sauf si j'indique une date de fin antérieure en quatrième colonne du tableau.

NOM	PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT	DATE DE FIN DE VALIDITÉ

Fait à : Le :

Signature: