



**Mini-séjours**

**Eté 2016**

**RÉSERVER**

[portail-animation.ufcv.fr](http://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-les-Dijon, Fontaine-lès-Dijon et pour les communautés de communes du Val de Norge et de la Plaine des Tilles.

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 (*règlement disponibles sur votre accueil de loisirs ou sur [portail-animation.ufcv.fr](http://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 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 2016

**POUR RESERVER, VEUILLEZ VOUS ASSURER D'AVOIR REMPLI LE DOSSIER ADMINISTRATIF 2015/2016 DISPONIBLE SUR [portail-animation.ufcv.fr](http://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](http://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.

### Rappel des Pièces à joindre au dossier :

Le dossier administratif 2015/2016 si votre enfant n'a pas fréquenté nos accueils de loisirs et périscolaire en cours d'année scolaire.

Le règlement complet de l'activité par chèque, ANCV, CESU, Espèces

La fiche sanitaire spécial miniséjour

Fait à :

Le :

Nom du signataire:

Signature:

**COUT DE L'ACTIVITE A REGLER A LA RESERVATION**



# Fiche sanitaire de liaison - Mini-séjour 2016

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		Rougeole	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
articulaire aigu	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Angine	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Otite	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Coqueluche	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Varicelle	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:

Nom du signataire:

Signature:

Le: