



Lieu d'accueil : Château de Villers à AULNOY (77120)

DOSSIER D'INSCRIPTION SÉJOUR

Cocher :

6-10 ans Du dimanche 28 juillet 2024 au vendredi 02 août 2024 ;

12-15 ans Du dimanche 04 août 2024 au vendredi 09 août 2024 ;

Nom : Prénom : Né (e) le :

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Divorcé(e) Autre :

Père :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : Portable : Travail :

Adresse mail : Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

.....

Mère :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : Portable : Travail :

Adresse mail : Profession :

Nom et adresse de l'employeur :

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....



Éligibilité aux vacances apprenantes

Je soussigné(e)..... atteste que mon enfant peut bénéficier du dispositif vacances apprenantes car il se trouve dans la situation suivante :

- en situation de handicap,
- en situation de décrochage scolaire,
- relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE),
- domicilié dans un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV),
- domicilié dans une zone de revitalisation rurale (ZRR),
- dont le quotient familial est inférieur ou égal à 1 500 €.

Liste des documents obligatoires à fournir

Important : Les documents notés ci-dessous sont obligatoires pour valider l'inscription de votre enfant

- **1 photo d'identité récente de l'enfant ;**
- **Photocopie des vaccins à jour ;**
- **Photocopie de l'assurance extrascolaire de l'enfant année en cours de validité ;**
- **Copie du livret de famille où figure l'enfant et les parents;**
- **Un chèque de 75€ à l'ordre de « Familles Rurales » ;**
- **L'autorisation parentale ainsi que l'autorisation pour reproduire et diffuser des photos ;**
- **La fiche sanitaire de liaison ;**
- **Le brevet de nage 25 et 50 m (fortement recommandé).**

Signature des parents ou du tuteur légal :



AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), _____

autorise les responsables du séjour de vacances Familles Rurales à présenter mon enfant (Nom et Prénom): _____ :

à un médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, nous souhaitons la consultation du docteur _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

ou l'hospitalisation à _____ (précisez le nom de l'hôpital)

De fait, nous autorisons notre enfant à participer aux activités organisées par la Fédération Familles Rurales, à voyager par moyen de transport collectif, à se baigner : oui non

Notre enfant sait nager : oui non

Observations particulières (contre-indications alimentaires, maladies chroniques, allergies...) ou recommandations des parents : _____

Personnes à prévenir en cas de nécessité :

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Tél : _____

POUR TOUT TRAITEMENT MEDICAL PENDANT LE SEJOUR, MERCI DE JOINDRE LES MEDICAMENTS AVEC LEUR BOITE D'ORIGINE AINSI QUE LEURS ORDONNANCES EN COURS DE VALIDITE. LES MEDICAMENTS SERONT REMIS EN MAIN PROPRE AU DIRECTEUR DU SEJOUR M. MOREAU GUILLAUME.

Lu et approuvé :

Signature des parents ou du tuteur légal :



Dossier rempli le :

Nom Prénom :

•  Déplacements et transports

- | | | |
|-------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| - Marche | seul <input type="checkbox"/> | avec aide <input type="checkbox"/> |
| - Fauteuil manuel | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Electrique | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Se roule seul | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - Coque assise | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |



Le petit truc à savoir :

.....