

DOSSIER SEJOUR ESPACE JEUNES

DU 1^{er} au 4 AOÛT 2023

LIEU : LACANAU

Nombre de jeunes : 12

ACTIVITES : Séjour itinérant à vélo – 4 étapes de Bassens au lac de Lacanau
En majorité sur des pistes cyclables – le parcours est sécurisé et a été repéré au préalable

Animateurs : 2

Activité principale : vélo
Un atelier de découverte de l'environnement
Une baignade au lac du Moutchic

HEBERGEMENT : campings Sainte-Hélène et Les Fougères à Lacanau

Transport : 1 minibus

Pique-nique, restauration rapide

Coût et tarif du séjour : le coût prévisionnel du séjour par jeune est de 125 € hors frais d'encadrement.

Les tarifs sont fixés en fonction du quotient familial.
Ils correspondent à un pourcentage du coût par jeune.

QF	%	TARIFS
De 0 à 550 €	20 %	25,00 €
De 551 à 850 €	30 %	38.00 €
De 851 à 1 400 €	40 %	50.00 €
Supérieur à 1 401 €	50 %	63.00 €
Hors commune	70 %	88.00 €

Le jeune doit être inscrit à l'Espace Jeunes et fréquenter la structure.

Une liste d'attente sera ouverte pour les hors commune.

Le règlement se fera après étude des dossiers auprès du responsable de l'Espace Jeunes.

Il peut être réalisé en 2 fois sous réserve de fournir les 2 chèques.

Ce dossier est à ramener au service Education Enfance Jeunesse en Mairie – **sur rendez- vous 05.57.80.81.35 - avant le 30 JUIN 2023**

➤ **PIECES A FOURNIR**

Fiche sanitaire (ci-jointe)

Pièces justificatives des revenus (sauf si un autre enfant de la fratrie est inscrit aux services périscolaires) :

- Feuille imposition 2022 (revenus 2021)
- Dernière notification CAF pour toutes prestations

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

Nom :	Prénom :
--------------	-----------------

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES – Date du dernier vaccin fait			
Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite (DTP)			
VACCINS RECOMMANDÉS – Date(s) des derniers vaccins faits			
Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR)*		BCG	
Coqueluche*		Hépatite B*	
Haemophilus*		Influenza b*	
Méningocoque C*		Pneumocoque*	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

*Vaccins devenus obligatoires pour les enfants nés à partir du 01/01/2018.

2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un traitement médical ? Oui Non

Lequel ?

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU UNE INTOLÉRANCE OU ALLERGIES SUIVANTES :

- ALIMENTAIRES Oui Non
- MÉDICAMENTEUSES Oui Non
- AUTRES (animaux, plantes, pollen...) Oui Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ? Oui Non

Mettre en place un PAI (Protocole d'Accueil Individualisé), si besoin sur les lieux d'accueil de l'enfant.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Asthme <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

4 – RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRÉNOM :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE :

NOM ET TÉLÉPHONE DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° SÉCURITÉ SOCIALE (dont dépend l'enfant) : (OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE : SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL