



SERVICE ENFANCE – JEUNESSE & SPORTS
Communauté de Communes du Laurécois – Pays d'Agout
Maison du Pays – 81220 SERVIÉS
05 63 70 52 67
anim.jeunesse@cclpa.fr

Modalités d'inscription pour le séjour Portugal 2024

Les critères de sélection :

Dans le cas où une forte demande d'inscription surviendrait, La CCLPA se réserve le droit d'utiliser dans l'ordre les critères de sélection ci-dessous :

- Les jeunes du territoire de la CCLPA
- Primo-demandeur pour un séjour
- Être à jour des règlements
- Le nombre de participations à des séjours sur les douze derniers mois

S'il reste encore un trop grand nombre d'inscription après l'utilisation de ces critères de sélection, un tirage au sort par la commission « Enfance-Jeunesse & Sports » sera mis en place.

Dates utiles :

- 02 avril : Début des inscriptions
- 19 avril : Clôture des inscriptions*
- 24 avril : Réponse définitive aux familles

Tarification séjour Portugal :

Allocataire CAF du Tarn					
QF de 0 à 499	500<QF<699	700<QF<899	900<QF<1099	QF>1100	Hors CAF
125€	172.5€	194.5€	220€	250€	250€

Un supplément de 10€ sera appliqué aux familles ne résidants pas sur le territoire du Laurécois-Pays d'Agout.

* Tout dossier déposé après la date de clôture d'inscription se verra automatiquement placé en liste d'attente



SERVICE ENFANCE - JEUNESSE CCLPA
Communauté de Communes du Lautrecois – Pays d'Agout

Maison du Pays – 81220 SERVIES

☐: 05 63 70 52 67☐

☐: anim.jeunesse@cclpa.fr

SEJOUR PORTUGAL : du 21 au 25 octobre 2024

LE JEUNE / L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ Sexe : M - F

Assurance extra-scolaire : compagnie _____ N° _____

PARENT à facturer* : Mère Père Tuteur légal

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse e-mail : _____ @ _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Profession : _____ Tél. professionnel : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

PARENT* : Mère Père Tuteur légal

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Adresse e-mail : _____ @ _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Profession : _____ Tél. professionnel : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____

Situation familiale* : marié pacsé vie maritale divorcé séparé célibataire veuf

Responsable légal du jeune* : parents père mère tuteur

Couverture sociale du jeune* : père mère tuteur

Régime des Prestations Familiales* : CAF Q.F : _____ N°allocataire : _____

MSA

Important : Sans indication du QF et du N° allocataire, nous facturerons le prix maximum du séjour

* Cocher la réponse correspondante à votre situation

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (*nom, prénom*) : _____

Responsable légal du jeune (*nom, prénom*) : _____

reconnais être informé(e) du projet pédagogique, des programmes d'activités et des moyens de transports utilisés, en accepte les différentes modalités et autorise mon enfant à participer au séjour.

- J'autorise l'équipe pédagogique à **photographier ou filmer** mon enfant lors des activités et à utiliser ces données, notamment sur les réseaux sociaux (ex : Facebook) de la CCLPA.

Oui Non

- J'autorise le responsable du séjour à prendre toutes **dispositions médicales** (traitement médical, hospitalisation, anesthésie, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Oui Non

- Personne à joindre en cas d'accident et/ou autorisée à récupérer le jeune dans le cas où le responsable légal n'est pas joignable (personne majeure uniquement) :

Nom, prénom : _____ N° de tél _____ Lien de parenté : _____

Les informations recueillies obligatoires dans le dossier d'inscription feront l'objet d'un traitement informatisé et papier destiné à la gestion de dossiers, la facturation, les paiements. Les données pourront avoir comme destinataires dans la limite de leurs attributions respectives les gestionnaires du service Enfance Jeunesse et le service comptable de la Communauté de Communes du Lautrécois-Pays d'Agout, les organismes d'états (Trésor Public, CAF, MSA...)

Les données communiquées dans le dossier d'inscription seront conservées pour une durée de 10 ans, pour des raisons comptables.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, ainsi qu'un droit d'opposition pour de motif légitime. Ces droits peuvent être exercés à tout moment en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de la Communauté de Communes Lautrécois Pays-d 'Agout : dpd@maires81.asso.fr. Le consentement exprès lié aux conditions d'usage des informations pourra être retiré à tout moment. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL ou du Procureur de la République.

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD ci-dessus et donner mon consentement.

L'argent de poche donné par les parents reste sous la gestion des enfants, la CCLPA décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Fait à : _____ Le : ____/____/____

Signature des parents ou tuteur légal :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES :
ASTHME non MÉDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES non AUTRES

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER (végétarien, sans porc, ...) ?

PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR)

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

Les informations recueillies obligatoires dans la fiche sanitaire feront l'objet d'un traitement papier destiné à assurer la sécurité morale et physique des enfants. Les données pourront avoir comme destinataires dans la limite de leurs attributions respectives les gestionnaires du service Enfance Jeunesse de la Communauté de Communes du Laurécois-Pays d'Agout, La fiche sanitaire sera restituée à la fin du séjour aux responsables légaux.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, ainsi qu'un droit d'opposition pour de motif légitime. Ces droits peuvent être exercés à tout moment en vous adressant au Délégué à la Protection des Données de la Communauté de Communes Laurécois Pays-d 'Agout : dpd@maires81.asso.fr. Le consentement exprès lié aux conditions d'usage des informations pourra être retiré à tout moment. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits Informatique et Libertés ne sont pas respectés ou que le dispositif de contrôle d'accès n'est pas conforme aux règles de protection des données, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL ou du Procureur de la République.

Je déclare avoir pris connaissance des informations relatives au RGPD ci-dessus et donner mon consentement.

Pièces à fournir avant le départ :

- Photocopie des vaccins de l'enfant
- Copie carte d'identité du responsable légal (valide ou périmée de moins de 5 ans aux dates du séjour)
- Copie carte d'identité ou passeport valide aux jours du séjour de l'enfant
- Attestation de droits (attestation vitale sur ameli.fr) *
- Carte européenne d'assurance maladie (prévoir 15 jours de délais) *
- Autorisation de sortie de territoire originale ([cerfa n°15646](#)) *

*Les pièces avec le sigle « * » ne seront à fournir que lorsque la liste définitive des partants aura été établie une fois les inscriptions clôturées.*