



## SERVICE ENFANCE – JEUNESSE & SPORTS Communauté de Communes du Lautrecois – Pays d'Agout

Maison du Pays – 81220 SERVIES

☎ : 05 63 70 52 67 ☎

✉ : anim.jeunesse@cclpa.fr

# Modalités d'inscription pour le séjour ski 2023

## 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
- Le nombre de participations à des séjours sur les douze derniers mois
- Primo demandeur séjour ski

**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 & Sport » sera mis en place.**

## Dates utiles :

- Le 12 décembre 2022
- Le 18 janvier 2023 : Fin des inscriptions
- Le 23 janvier 2023 : Réponse définitive aux familles

## Tarification séjour ski :

Allocataire CAF du Tarn					
QF de 0 à 499	500<QF<699	700<QF<899	900<QF<1099	QF>1100	Hors CAF
115€	162.5€	184.5€	210€	240€	240€

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



**SERVICE ENFANCE - JEUNESSE & SPORTS**  
**Communauté de Communes du Lautrecois – Pays d'Agout**

Maison du Pays – 81220 SERVIÉS

☐: 05 63 70 52 67☐

☐: anim.jeunesse@cclpa.fr

**Séjour ski du 27/02/2023 au 03/03/2023 :**

*Veillez cocher la case correspondante :* 7-11 ans  12-17 ans

**LE JEUNE / L'ENFANT**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ Sexe : M - F

Assurance extra-scolaire : compagnie \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Niveau de ski : **1ere Fois – Débutant – Confirmé – Expert** Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_ Pointure : \_\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_

**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-MSA) : Q.F :** \_\_\_\_\_ **N° Allocataire :** \_\_\_\_\_

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

**Facturation à adresser à** (*Entourer la réponse correspondant*) : parents père mère tuteur

## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (*nom, prénom*) : \_\_\_\_\_

Responsable légal du jeune (*nom, prénom*) : \_\_\_\_\_

Reconnais être informé 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 Laurécois-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 Laurécois Pays-d'Agout : [dpd@maires81.asso.fr](mailto: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 :**

### Pièces à fournir :

- Photocopie de la Carte d'identité de l'enfant (en cours de validité) ou livret de famille
- Photocopie des vaccins de l'enfant
- Photocopie de la carte vitale



# 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 ?

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](mailto: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.

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

.....

.....

.....

**OBSERVATIONS**

.....

.....

.....

.....

.....

.....