



LE SYNDICAT INTERCOMMUNAL DE LA VALLÉE DE LA SCARPE PROPOSE
POUR LES JEUNES DE 10 ANS À 16 ANS*

séjour Côte d'Opale

DU 17 AU 21 AVRIL 2023

- CHAR À VOILE
- TIR À L'ARC / MINI GOLF
- JEUX DE PLAGE
- PARC D'ATTRACTION

INFORMATIONS
ET
INSCRIPTIONS AU

03.27.51.53.02



* 10 ANS MINIMUM AU PREMIER JOUR DU SÉJOUR ET 16 ANS MAXIMUM AU DERNIER JOUR DU SÉJOUR

**BULLETIN D'INSCRIPTION
AU SEJOUR DE PÂQUES DU 17 AU 21 AVRIL 2023.**

1. Attention, ce bulletin d'inscription est à remettre :

Impérativement pour le **05 avril 2023 au plus tard** au **S.I.V.S**, Place de la Mairie 59230 Sars et Rosières - 03.27.51.53.02 ou par mail : direction@sivs.fr
Attention le nombre de places est limité

Nom :	Prénom :
Date de Naissance :	
Adresse :	
Enfant n'habitant pas le S.I.V.S. mais scolarisé dans une Ecole du S.I.V.S. * sous réserve de places disponibles	
<input type="checkbox"/> Préciser le nom de l'école :	

Parent 1: nom/prénom

Adresse :

Tél. :

Mail :

Parent 2 : nom/prénom

Adresse :

Tél. :

Mail :

Adresse et nom de facturation :

Montant à régler :Euros

J'autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) le Syndicat Intercommunal de la Vallée de la Scarpe à utiliser les photos où figure mon enfant.

Désirez-vous une attestation de séjour ? oui non

Date et signature des parents

Tarifs pour la semaine tout compris
(repas, transport, activités, hébergement)

L'inscription vaut pour la semaine et ne peut être proratisée.

QUOTIENT FAMILIAL	TARIF DU SEJOUR PÂQUES
QF < = 700	85 €
701 < QF < = 1000	135 €
QF > 1000	185 €

2. VALIDATION DE L'INSCRIPTION

Aucune inscription ne sera validée si les documents listés ci-dessous ne sont pas remis pour le **5 avril 2023** dernier délai.

Le nombre de places étant limité, l'inscription vous sera confirmée par mail la semaine 14.

Liste des documents à fournir (à demander auprès du SIVS) au plus tard le 5 avril 2023:

- Fiche de renseignements
- Fiche sanitaire de liaison-copie du carnet de vaccination
- Certificat médical d'aptitude à la pratique du char à voile
- Justificatif de domicile
- Photocopie de la Carte d'identité de l'enfant
- Attestation de la CAF (quotient familial)

Le paiement du séjour se fera dès réception d'un titre de recette émis par le trésor public.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
A compléter par les parents et à remettre
au Syndicat Intercommunal de la Vallée de la Scarpe

Enfant inscrit :

NOM _____ Prénom _____

Date de naissance _____

ADRESSE : _____

Téléphone _____

Nom et Prénom Parent 1 : _____

Nom et Prénom Parent 2 : _____

EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT

Où pourrait-on vous avertir et à quel moment de la journée

- à votre domicile ?  _____
- Ailleurs ?  _____

Nom de la personne à contacter _____

 _____
(en cas d'absence).

Le _____

Signature des parents :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**A compléter par les parents et à remettre
au Syndicat Intercommunal de la Vallée de la Scarpe**

**DATE ET LIEU DU SEJOUR: « char à voile » Côte d'Opale
du 17 au 21 avril 2023**

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant;
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1/ ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance:

Garçon:

Fille:

2/VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	Oui Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie			Hépatite B	
Tétanos			Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite			Coqueluche	
Ou DT Polio			Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				
BCG				

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

3/RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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	Varicelle	Angine	Rhumatisme Articulaire Aigü	Scarlatine
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Votre enfant est-il hémophile ?

OUI NON

ALLERGIES: Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non
Alimentaires Oui 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, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

-
-
-

Votre enfant peut-il pratiquer tous les sports ? OUI NON

Si NON précisez le ou lequel(s): _____

4/RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

-
-

5/ RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom: Prénom:

Adresse (pendant le séjour):

Tél. domicile: Tél. portable: Tél. bureau:

Nom et Tél. du Médecin traitant :

S'il y avait une urgence accepteriez-vous que votre enfant soit transporté à l'hôpital le plus proche ? OUI NON

Vous engageriez vous à couvrir les frais médicaux ? OUI NON

Votre enfant présente-t-il des contre-indications médicales ? OUI NON

Si OUI lesquelles ? _____

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: