

SERVICE SEJOURS LOISIRS EDUCATIFS

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**SEJOUR SKI**

**ENFANT – ADOLESCENT**

Merci de nous retourner ce dossier accompagné OBLIGATOIREMENT des pièces suivantes :

- Fiche d'inscription complétée et signée
- Chèque d'arrhes de 30% du coût du séjour
- Fiche renseignements ski
- Fiche sanitaire complétée et signée avec les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé
- Passeport vacances CAF (à nous transmettre dès réception de la CAF, courant janvier)
- Photocopie de l'attestation CMU (si vous en êtes bénéficiaire)
- L'autorisation de photographie ou de filmer (formulaire ci-joint)

**ATTENTION**

**L'INSCRIPTION NE SERA EFFECTIVE QU'À RECEPTION DU DOSSIER COMPLET**

**SEJOUR CHOISI**

Lieu : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom du séjour : \_\_\_\_\_

Lieu de départ : \_\_\_\_\_

**NOM DE L'ENFANT**

**Prénom**



Fille  
Garçon (1)

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Age (au moment du séjour) : \_\_\_\_\_

Adhérent n° : \_\_\_\_\_ Association : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT** : Père - Mère - Tuteur / Mariés - Divorcés - Célibataire - Vie maritale - Veuf (1)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☎ Portables : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☎ Professionnel du père : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☎ Professionnel de la mère : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Profession du père : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Profession de la mère : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_ Ages : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Aide aux vacances CAF 87 : OUI / NON** ⇨ joindre **OBLIGATOIREMENT** la photocopie du Passeport Vacances  
 J'autorise la Ligue de l'Enseignement à recueillir des informations concernant mon droit au passeport jeunes 2025 auprès de la CAF de la Haute-Vienne afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches.

**SI L'ENFANT VIT EN FAMILLE D'ACCUEIL**

Nom Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SI L'ENFANT VIT EN FOYER**

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente.

Signature du responsable légal

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT  
UN ACOMPTE DE 30%**



## SUR LES PISTES

<p>Cochez la case correspondante</p>	<p>Je n'en ai jamais empruntées</p>	<p>Je ne suis pas à l'aise (peu de virages, chasse-neige peu utilisé, crainte de la vitesse et de la pente)</p>	<p>Je suis à l'aise (virages en chasse-neige maîtrisés, virages en skis parallèles pas ou peu maîtrisés)</p>	<p>Je suis très à l'aise (virages en parallèles, gestion de ma vitesse en fonction de la pente)</p>
<p><b>Pistes vertes</b> : pente faible (entre 5 et 8%), piste large, prise de vitesse modérée. Descente aisée en chasse-neige et en effectuant des virages</p>				
<p><b>Pistes bleues</b> : difficulté modérée. Maîtrise des virages dans la pente, présence parfois de petits « murs » (des secteurs de pente plus forte)</p>				
<p><b>Pistes rouges</b> : pistes de ski souvent larges, avec de fréquents murs (ruptures de pente) et parfois quelques champs de bosses. Peuvent être régulièrement verglacées. Maîtrise de tous types de virages (grands, petits, dérapages, sur les carres) et savoir s'arrêter à n'importe quel moment avec les carres des skis</p>				
<p><b>Pistes noires</b> : difficiles et très différentes les unes des autres, grands murs qu'on discerne de loin dans le paysage. Damées ou laissées à l'état naturel (bosses, poudreuse, verglas).</p>				

**AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE**

Nous, soussignés, \_\_\_\_\_ père/mère/tuteur,  
responsables de l'enfant \_\_\_\_\_

- Autorisons notre enfant, inscrit ci-dessus, à participer à toutes les activités organisées pendant son séjour en centre de vacances.
- Autorisons le directeur du séjour à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales d'urgence, selon les prescriptions du médecin consulté.
- Nous engageons à rembourser à la Ligue de l'Enseignement / FOL Haute-Vienne les frais d'honoraires de médecin, les frais de pharmacie, les frais d'hospitalisation et d'opération ou toute intervention pour la sécurité de notre enfant ayant entraîné des frais. Ces frais nous seront justifiés.
- Nous engageons à payer la totalité des frais de séjour restant à notre charge (coût du séjour déduction faites des aides déjà versées à la Ligue de l'Enseignement / FOL Haute-Vienne).
- Nous engageons à prendre en charge les suppléments dus à un retour individuel de notre enfant, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.
- Acceptons que notre enfant ne puisse quitter le centre de vacances en cours de séjour, qu'avec nous-même ou un membre de la famille en possession d'une décharge de responsabilité à l'attention du directeur du centre de vacances.
- **Personnes autorisées à récupérer l'enfant le jour du retour**

NOM / PRENOM	TELEPHONE et N° CARTE IDENTITE

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ecrire à la main, "Lu et approuvé" et signer.

**CENTRE :** \_\_\_\_\_ **SEJOUR :** \_\_\_\_\_

**DATES :** du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**L'ENFANT**

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

**Prénom :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sexe :**  F  G

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

**NATATION :** l'enfant sait-il nager ?  oui (**fournir le test d'aisance aquatique**)  non

L'enfant a-t-il fréquenté un accueil de loisirs :  oui  non

L'enfant vient-il pour la première fois en centre de vacances :  oui  non

Si "NON", centres fréquentés les deux dernières années :

LIEU et DATES	ORGANISME

Existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ?

Si oui, lesquelles ?

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?  oui  non

Votre enfant est-il bénéficiaire d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?  oui  non

**Si OUI, joindre obligatoirement la copie du PAI**

## LES PARENTS ou RESPONSABLES LEGAUX

### RESPONSABLE LEGAL : PÈRE / MÈRE / TUTEUR

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

☎ Fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Portable père : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Portable mère : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☎ Travail père : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☎ travail mère : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SI L'ENFANT EST CONFIE A UNE INSTITUTION

NOM : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. astreinte 24/24 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

SI VOUS ETES BENEFICIAIRE DE LA C.M.U. JOINDRE IMPÉRATIVEMENT A CE DOSSIER LA PHOTOCOPIE DE VOTRE ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE ET LA PHOTOCOPIE DE VOTRE CARTE VITALE. N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et adresse de votre caisse de Sécurité Sociale :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom et adresse de votre Mutuelle :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg

Votre enfant est-il asthmatique ?  oui  non

Votre enfant est-il allergique ?  oui  non Merci de préciser le type d'allergie :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant est-il incontinent d'urine de façon habituelle ?  oui  non

Votre enfant est-il incontinent d'urine de façon accidentelle ?  oui  non

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?  oui  non

Si "oui", lesquelles et à quelles dates ? : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant porte-t-il des lunettes ?  oui  non

Référence des verres : \_\_\_\_\_

## VACCINATIONS

**FOURNIR LES PHOTOCOPIES DES PAGES DU CARNET DE SANTE**

Médicaments et soins journaliers - **JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORDONNANCE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER, D'ENREGISTRER OU DE FILMER

Nous soussigné,

PARENT 1

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

PARENT 2

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Représentants légaux de l'enfant \_\_\_\_\_,

Inscrit au séjour \_\_\_\_\_,

Autorisons/n'autorisons pas (*razer la mention inutile*) la Ligue de l'Enseignement à capter la voix et l'image (photo et/ou vidéo) de notre enfant pendant le séjour sur tout support.

Nous autorisons la diffusion de ces captations pour les utilisations suivantes (*cocher les cases souhaitées*) :

- à des fins d'information dans la presse écrite et audiovisuelle
- à des fins de communication via internet (mail, site, blog...)  y compris sur les réseaux sociaux
- à des fins de communication sur tous supports hors internet (courriers, affiches, catalogue...)
- à des fins de communication aux familles et partenaires dans le cadre de diffusions en public (exposition, projection...)
- à des fins de communication aux familles des enfants participant au séjour dans le cadre de partage d'album photo numérique en ligne ou sur un blog

La présente autorisation est consentie à la Ligue de l'Enseignement à titre gratuit pour une durée de cinq ans à compter de la date de signature.

PARENT 1

Date et signature

PARENT 2

Date et signature

Conformément aux réglementations relatives à la protection des données à caractère personnel, la Ligue de l'enseignement est responsable du traitement des données personnelles utilisées aux fins de la présente autorisation. Les signataires disposent d'un droit d'accès, de rectification des données et d'opposition en contactant la Ligue de l'Enseignement ([vacances.classes@lde87.fr](mailto:vacances.classes@lde87.fr)).