

Inscriptions - Informations

www.centrecasanova.fr

colos@centrecasanova.fr

Tél: 06 95 64 94 01

| DATES | SÉJOURS | TARIFS |
|--|---------------------|--------|
| <u>Séjour Juillet A</u> du 8 au 16 juillet 2025 | Colo A (6-12 ans) | 397€ |
| | Camp A (13-15 ans) | 477€ |
| <u>Séjour Juillet B</u> du 17 au 25 juillet 2025 | Colo B (6-12 ans) | 397€ |
| | Camp B (13-15 ans) | 477€ |
| <u>Séjour Juillet AB</u> du 8 au 25 juillet 2025 | Colo AB (6-12 ans) | 715€ |
| | Camp AB (13-15 ans) | 859€ |
| <u>Séjour Août</u> du 18 au 26 août 2025 | Camp C (13-15 ans) | 477€ |

NOM :

Prénom :

Renseignements concernant l'enfant :

A-t-il déjà séjourné en centre de vacances ?

Oui

Non

Sait-il nager ?

Oui

Non

Classe/niveau scolaire

Activité artistique pratiquée

Activité sportive pratiquée

Nombre et âge des frères

Nombre et âge des sœurs

**« L'Attestation d'Aisance Aquatique » est nécessaire pour la pratique du bodyboard
FOURNIR UNE COPIE**

Les responsables de l'enfant :

(À renseigner en lettres MAJUSCULES)

A Monsieur Madame

Nom

Prénom

Situation familiale

Profession

Adresse postale

Code postal

Ville

Mobile

Tél. fixe

Courriel **A**

Courriel **B**

B Monsieur Madame

Nom

Prénom

Profession

Adresse postale (si différente)

Code postal

Ville

Mobile

Tél. fixe

NOM :

Prénom :

Les Aides aux vacances - démarches réalisées auprès de :

CAF ou JPA 82 n° allocataire :

Quotient familial
Au 01/01/2025

M.S.A. n° :

Secours Populaire

Assistante sociale :

C.E. ? Autre ?

PASS COLO (pour les enfants nés en 2014 et QF ≤ 1500€) : n° CAF ou n° MSA ou n° Sécurité Sociale

n° S.S. :

Possible pour les enfants nés en 2013 qui n'en ont pas bénéficié en 2024

Les inscriptions sont enregistrées dans l'ordre d'arrivée des dossiers complets et dans la limite des places disponibles.

TOUT DOSSIER NON-ACCOMPAGNÉ DU RÈGLEMENT D'ACOMPTE DE 150€ RESTERA EN LISTE D'ATTENTE

Modes de règlements possibles :

- Chèques à l'ordre de « Association Danielle Casanova »
(Merci d'indiquer au dos du chèque : *Nom Prénom de l'enfant*)
- Virement sur le compte Banque Populaire Occitane de l'Association
IBAN : FR76 1780 7000 0405 0197 7847 532 - BIC : CCBPFRPPTLS
(Merci de saisir la référence : *Colo 2025 - Nom Prénom de l'enfant*)
- chèques vacances ou carte ANCV

Le versement de l'acompte est nécessaire pour valider l'inscription. Vous pouvez ensuite échelonner le règlement du séjour à votre guise et selon le moyen de paiement de votre choix (chèque ou virement)

LE SÉJOUR DOIT ÊTRE RÉGLÉ DANS SON INTÉGRALITÉ AU PLUS TARD FIN JUIN

Vous recevrez les informations du départ 15 jours avant le début du séjour

Les versements

| Date | Nom sur le chèque ou Virement | Montant |
|------|-------------------------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Date :

Signature :

Avec le soutien de



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



Cette fiche indispensable mérite toute votre attention. Elle recueille les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant et évite de vous démunir de son carnet de santé

CENTRE OU SEJOUR

DATES

1- L'enfant

(A renseigner en lettres MAJUSCULES)

NOM :

Prénom :

Fille

Date de naissance :

Nationalité :

Garçon

 / /

2- Vaccinations

Tout enfant né avant janvier 2019 DOIT ÊTRE VACCINÉ POUR POUVOIR ÊTRE INSCRIT (contre Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP), Coqueluche...) sauf contre indication médicale

DATE DU DERNIER VACCIN DTP : / /

JOINDRE OBLIGATOIREMENT la copie du carnet de vaccinations à jour avec nom et prénom de l'enfant ou un certificat médical qui indique que l'enfant est à jour de ses vaccinations.

Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

3- Renseignements médicaux concernant l'enfant

Poids : kg Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suivra-t-il un traitement pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). **AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE**

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

| | Oui | Non |
|------------|--------------------------|--------------------------|
| Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otites | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oreillons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rougeole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rubéole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALLERGIES : ALIMENTAIRES Oui Non _____

MÉDICAMENTEUSES Oui Non _____

AUTRES (Précisez:) Oui Non _____

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la **cause** de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**

RÉGIME ALIMENTAIRE : Oui Non

Si oui : Sans porc Sans viande Végétarien

Autre :

Avec le soutien de



NOM : Prénom :

4- Antécédents médicaux

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...)

| Problèmes de santé | Date |
|--------------------|------|
| | |
| | |

5- Recommandations des parents

(port de lentilles, prothèses dentaires, difficultés de sommeil, comportement de l'enfant, autres...)

Précisez : L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Occasionnellement Non S'il s'agit d'une fille, est elle réglée ? Oui Non

6- Responsable de l'enfant à contacter en cas d'urgence

NOM

PRÉNOM

Profession

Adresse postale (pendant la période du séjour)

Code postal

Ville

Mobile

Tél. fixe

Courriel

N° de S.S.

Organisme

Adresse du centre payeur

*Si vous bénéficiez de la CMU, joindre une copie de l'attestation de droit CMU détaillant les bénéficiaires

NOM :

Prénom :

7- Recommandations du centre de vacances

Le/la responsable du séjour se réserve le droit de demander aux parents de venir chercher leur enfant si le comportement de ce dernier met en péril la sérénité ou la sécurité du groupe.

La structure n'est pas responsable des pertes ou "disparitions" d'objets de valeur non indispensables en colonie de vacances (bijou, portable...)

8- Autorisations

Je soussigné, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'enfant à participer au séjour et à l'ensemble des activités.

J'autorise à fixer, reproduire et communiquer en interne, aux responsables légaux des enfants et aux membres de l'association les photographies prises durant le séjour.

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Et j'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels que l'association aura avancés pendant le séjour.

Date :

Signature (obligatoire) :

Partie réservée au centre de vacances

Arrivée le/...../.....

Groupe

Départ le/...../.....

Equipe

Animateur / Animatrice

Observations faites pendant le séjour :

Par le médecin (Nom, adresse et N° de tél.)

Par le responsable du séjour (Nom, adresse)

NOM :

Prénom :

Renseignements concernant l'enfant :

A-t-il déjà séjourné en centre de vacances ?

Oui

Non

Sait-il nager ?

Oui

Non

Classe/niveau scolaire

Activité artistique pratiquée

Activité sportive pratiquée

Nombre et âge des frères

Nombre et âge des sœurs

**« l'Attestation d'Aisance Aquatique » est nécessaire pour la pratique du surf
FOURNIR UNE COPIE**

Les responsables de l'enfant :

(À renseigner en lettres MAJUSCULES)

A Monsieur Madame

Nom

Prénom

Situation familiale

Profession

Adresse postale

Code postal

Ville

Mobile

Tél. fixe

Courriel **A**

Courriel **B**

B Monsieur Madame

Nom

Prénom

Profession

Adresse postale (si différente)

Code postal

Ville

Mobile

Tél. fixe

NOM :

Prénom :

Les Aides aux vacances - démarches réalisées auprès de :

CAF ou JPA 82 n° allocataire :

Quotient familial
Au 01/01/2025

M.S.A. n° :

Secours Populaire

Assistante sociale :

C.E. ? Autre ?

**Les inscriptions sont enregistrées dans l'ordre d'arrivée des dossiers complets
et dans la limite des places disponibles.**

TOUT DOSSIER NON-ACCOMPAGNÉ DU RÈGLEMENT D'ACOMPTE DE 150€ RESTERA EN LISTE D'ATTENTE

Modes de règlements possibles :

- Chèques à l'ordre de « Association Danielle Casanova »
(Merci d'indiquer au dos du chèque : *Nom Prénom de l'enfant*)
- Virement sur le compte Banque Populaire Occitane de l'Association
IBAN : FR76 1780 7000 0405 0197 7847 532 - BIC : CCBPFRPPTLS
(Merci de saisir la référence : *Colo 2025 - Nom Prénom de l'enfant*)
- chèques vacances ou carte ANCV

Le versement de l'acompte est nécessaire pour valider l'inscription. Vous pouvez ensuite échelonner le règlement du séjour à votre guise et selon le moyen de paiement de votre choix (chèque ou virement)

LE SÉJOUR DOIT ÊTRE RÉGLÉ DANS SON INTÉGRALITÉ AU PLUS TARD FIN JUIN

Vous recevrez les informations du départ 15 jours avant le début du séjour

Les versements

| Date | Nom sur le chèque ou Virement | Montant |
|------|-------------------------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Date :

Signature :

Avec le soutien de



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche indispensable mérite toute votre attention. Elle recueille les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant et évite de vous démunir de son carnet de santé

CENTRE OU SEJOUR

DATES

1- L'enfant

(A renseigner en lettres MAJUSCULES)

NOM :

Prénom :

Filles

Date de naissance :

Nationalité :

Garçon

 / /

2- Vaccinations

Tout enfant né avant janvier 2019 DOIT ÊTRE VACCINÉ POUR POUVOIR ÊTRE INSCRIT (contre Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite (DTP), Coqueluche...) sauf contre indication médicale

Date du dernier vaccin DTP : / /

JOINDRE OBLIGATOIREMENT la copie du carnet de vaccinations à jour avec nom et prénom de l'enfant ou un certificat médical qui indique que l'enfant est à jour de ses vaccinations.

Si l'enfant n'est pas vacciné, joindre un certificat médical de contre-indication.

3- Renseignements médicaux concernant l'enfant

Poids : kg Taille : cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant suivra-t-il un traitement pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE

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

| | Oui | Non |
|------------|--------------------------|--------------------------|
| Asthme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otites | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Oreillons | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rougeole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rubéole | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Scarlatine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ALLERGIES : ALIMENTAIRES Oui Non _____

MÉDICAMENTEUSES Oui Non _____

AUTRES (Précisez:) Oui Non _____

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la **cause** de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir**

RÉGIME ALIMENTAIRE : Oui Non

Si oui : Sans porc Sans viande Végétarien

Autre :

NOM :

Prénom :

4- Antécédents médicaux

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...)

| Problèmes de santé | Date |
|--------------------|------|
| | |
| | |

5- Recommandations des parents

(port de lentilles, prothèses dentaires, difficultés de sommeil, comportement de l'enfant, autres...)

Précisez :

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Occasionnellement Non

S'il s'agit d'une fille, est elle réglée ? Oui Non

6- Responsable de l'enfant à contacter en cas d'urgence

NOM

PRÉNOM

Profession

Adresse postale (pendant la période du séjour)

Code postal Ville

Mobile Tél. fixe

Courriel

N° de S.S. Organisme

Adresse du centre payeur

*Si vous bénéficiez de la CMU, joindre une copie de l'attestation de droit CMU détaillant les bénéficiaires

NOM :

Prénom :

7- Recommandations du centre de vacances

Le/la responsable du séjour se réservera le droit de demander aux parents de venir chercher leur enfant si le comportement de ce dernier met en péril la sérénité ou la sécurité du groupe.

La structure n'est pas responsable des pertes ou "disparition" d'objets de valeur non indispensables en colonie de vacances (bijou, portable...)

8- Autorisations

Je soussigné, responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'enfant à participer au séjour et à l'ensemble des activités.

J'autorise à fixer, reproduire et communiquer en interne, aux responsables légaux des enfants et aux membres de l'association les photographies prises durant le séjour.

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Et j'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels que l'association aura avancés pendant le séjour.

Date :

Signature (obligatoire) :

Partie réservée au centre de vacances

Arrivée le/...../.....

Groupe

Départ le/...../.....

Equipe

Animateur / Animatrice

Observations faites pendant le séjour :

Par le médecin (Nom, adresse et N° de tél.)

Par le responsable du séjour (Nom, adresse)