



FÉDÉRATION VAR

la ligue de l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire



DOSSIER D'INSCRIPTION



SÉJOUR

NOM

PRENOM

NÉ.E LE

PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM Téléphone.....

Adresse

SEJOURS ETE 2026

2 séjours

12/17 ans

Faites votre choix !

Du 20 au 24 juillet

« Eaux vives »

..... 760 €

Du 27 au 31 juillet

« Exploration »

..... 760 €

DOCUMENTS À FOURNIR OBLIGATOIREMENT :

- Ce dossier d'inscription complété et signé :
 - Autorisations parentales
 - Fiche sanitaire de liaison
 - Droit à l'image : Autorisation parentale de prise de vues et de publication
 - Collecte de données personnelles
 - Certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activités et à la vie en collectivité
 - Test d'aptitude à la pratique d'activités aquatiques et nautiques (s'adresser à un maître-nageur)
- Photocopie des vaccinations
- Photocopie de l'attestation d'assuré sociale
- Photocopie de la carte de mutuelle
- Le règlement du séjour

Si vous bénéficiez d'une aide de financement :

- Conseil départemental du Var : joindre la copie de la simulation faite sur le site du département
- « Aide Vacances Enfants AVE » ; « Pass Colo » de la CAF du Var : joindre l'attestation CAF du quotient familial
- « Jeunesse en Plein Air : dossier à demander par mail à sejours@laligue83.org
- Autre aide de financement (Commune, CSE) : joindre le justificatif de prise en charge

PAIEMENT

NE PAS REMPLIR - Cadre réservé à l'administration

Possibilité de paiement échelonné, suivant la date d'inscription.

Aide de financement :

- | | | | |
|-------------------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|
| ➤ « AVE » | <input type="checkbox"/> Oui | Montant : | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ « Pass Colo » | <input type="checkbox"/> Oui | Montant : | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Conseil Départemental | <input type="checkbox"/> Oui | Montant : | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ JPA | <input type="checkbox"/> Oui | Montant : | <input type="checkbox"/> Non |
| ➤ Autre | <input type="checkbox"/> Oui | Montant : | <input type="checkbox"/> Non |

Préciser la nature de l'aide :

Paiement : CHEQUE BANCAIRE ESPECES CHEQUES VACANCES CESU CB

Banque et n° du chèque Montant : € *

Banque et n° du chèque Montant : € *

Banque et n° du chèque Montant : € *

(* noter la date d'encaissement au dos des chèques)

Condition d'annulation :

Si vous deviez annuler votre réservation, veuillez-nous le faire savoir par lettre recommandée.

L'annulation d'une inscription du fait du participant entraînera la perception de frais d'annulation

selon le barème ci-après :

- Plus de 30 jours avant le départ : remboursement

- Entre 20 et 15 jours avant le départ, 60 % du prix total

- Moins de 8 jours avant le départ, ou non-présentation, 100 % du prix total.

Le séjour est remboursé sur présentation

d'un certificat médical n'autorisant pas le départ en vacances.



VOTRE ENFANT



Nom : Prénom

Sexe : Féminin Masculin

Date de naissance Lieu de naissance Classe

N° de sécurité sociale d'affiliation de l'enfant

Centre de sécurité sociale : Régime :

Mon enfant a-t-il une notification MDPH ? Oui Non En cours de traitement

Mon enfant perçoit l'AEEH ? Oui Non En cours de traitement

Votre enfant bénéficie-t-il d'une AESH (ex AVS) Oui Non En cours de traitement

Mon enfant a un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ? *Merci de fournir l'attestation* Oui Non

Alimentaire Autre :

SA FAMILLE

Situation familiale : Célibataire Marié Divorcé Famille recomposée

Responsable de l'enfant : Père Mère Tuteur

Qui a la garde de l'enfant ? Père Mère Tuteur

Qui est autorisé à récupérer l'enfant ? Père Mère Autre

Un frère et/ou une sœur fréquente(nt) également le séjour ? Oui Non

si oui, son Nom et Prénom

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom :

Prénom :

Adresse

Tél. domicile

Tél. portable

Profession

Tél. travail

Email

Sécurité sociale

Régime

N° d'allocataire

Quotient familial

N° d'Assurance Responsabilité civile /coordonnées

.....

.....

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom :

Prénom :

Adresse

Tél. domicile

Tél. portable

Profession

Tél. travail

Email

Sécurité sociale

Régime

N° d'allocataire

Quotient familial

N° d'Assurance Responsabilité civile /coordonnées

.....

.....

PERSONNES A REVENIR EN CAS D'URGENCE

(autre que les parents)

Nom et prénom :

Téléphone :

Nom et prénom :

Téléphone :

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'ENFANT

(autre que les parents)

Nom et prénom :

Téléphone :

Nom et prénom :

Téléphone :

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné.e : en tant que
responsable légal.e, de
déclare que :

Mon enfant vient-il pour la première fois ?

Oui Non

ACTIVITES

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour et certifie qu'il ne présente aucune contre-indications médicales à la pratique de ces activités ?

Oui Non

DEPLACEMENT

J'autorise que mon enfant soit transporté en véhicule (minibus et autocar) ?

Oui Non

Je m'engage en cas de retour anticipé pour raison d'inadaptation ou de renvoi, à prendre en charge les suppléments dus au retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.

Oui Non

SOINS

J'autorise la direction à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les soins d'urgence suivant les prescriptions du médecin du centre et je m'engage à payer les frais médicaux et pharmaceutiques d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuels.

Oui Non

SPORT

Mon enfant sait-il nager 25 mètres (fournir attestation) ?

Oui Non

Je certifie l'exactitude des renseignements portés sur ce document

Fait à le

Signature du responsable légal obligatoire



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

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

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

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

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
.....
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :
.....
TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, **déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.** J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :



DROIT A L'IMAGE



Je soussigné.e, Nom :

Prénom :

Téléphone :

Email :

Agissant en qualité de Père Mère Tuteur légal

de l'enfant :

Autorise N'autorise pas

L'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour à filmer et photographier mon enfant lors des activités organisées.

Autorise N'autorise pas

La Ligue de l'Enseignement - FOL du Var, organisateur / producteur dudit séjour à représenter, sans limitation de durée, la ou la photographies ou films de mon enfant pour la promotion de ces activités sur l'ensemble de ses supports (magazines, plaquettes, affiches, sites internet, réseaux sociaux (en particulier ceux de l'accueil de loisirs), stands, expositions, films et support numériques, etc. ainsi que dans les journaux régionaux et communaux.

Il va de soi qu'aucune photo (et sa légende), qu'aucune vidéo (et son commentaire) ne devront porter préjudice à l'enfant et que je pourrai annuler la présente autorisation à tout moment auprès de la Ligue de l'Enseignement FOL du Var à l'adresse suivante séjours@laligue83.org

Fait à le

Signature des responsables légaux obligatoire



FÉDÉRATION VAR

la ligue de
l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire

COLLECTE DE DONNÉES PERSONNELLES

Les informations personnelles portées sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le service « LOISIRS ET EDUCATION ».

Nous ne traiterons ou n'utiliserons vos données que dans la mesure où cela est nécessaire pour assurer le traitement de l'inscription de votre enfant.

- Vous exercez votre droit de suppression des données vous concernant, dans les conditions décrites ci-après ;
- Une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire.

Pendant cette période, nous mettons en place tous moyens aptes à assurer la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

L'accès à vos données personnelles est strictement limité à notre personnel administratif et au secrétariat et direction du service « LOISIRS ET EDUCATION ». Le cas échéant, à nos sous-traitants de gestion de notre base de données. Les sous-traitants en question sont soumis à une obligation de confidentialité et ne peuvent utiliser vos données qu'en conformité avec nos dispositions contractuelles et la législation applicable. En dehors des cas énoncés ci-dessus, nous nous engageons à ne pas vendre, louer, céder ni donner accès à des tiers à vos données sans votre consentement préalable, à moins d'y être contraints en raison d'un motif légitime (obligation légale, lutte contre la fraude ou l'abus, exercice des droits de la défense, etc.).

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27 avril 2016 (applicable dès le 25 mai 2018), vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant le responsable de traitement du service « LOISIRS ET EDUCATION »,

à l'adresse mail : jpilot@laligue83.org

ou en adressant votre demande par courrier à l'adresse : SERVICE LOISIRS ET EDUCATION, Ligue de l'Enseignement - Fédération des Œuvres Laïques du Var - 68, avenue Victor Agostini 83000 TOULON.

Pour toute information complémentaire ou réclamation, vous pouvez contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (plus d'informations sur www.cnil.fr).

Enfin, nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire (<https://conso.bloctel.fr/>).

A le

Nom/Prénom du signataire

Signature obligatoire

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e)

.....

Certifie avoir examiné ce jour l'enfant

.....

né.e le

Je déclare l'avoir reconnu(e) apte :

- À pratiquer les activités physiques et sportives relatives au séjour,
- À pratiquer les activités nautiques et aquatiques relatives au séjour,
- A la vie en collectivité.

Renseignements importants concernant la santé de l'enfant :

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

Date:

Signature:

Cachet du Médecin

TEST APTITUDE A LA PRATIQUE D'ACTIVITES AQUATIQUES ET NAUTIQUES DANS LES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS

La pratique du Canoë, kayak et activités assimilées, du canyonisme, de la nage en eau vive, du radeau et activités de navigation assimilées, du surf, de la voile et de glisse aérotractée nautique est subordonnée à la fourniture de cette attestation de réussite au test préalable. (En Application de l'Article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012). Cette attestation ne peut être établie que par un professionnel, c.-à-d. par une personne répondant aux conditions prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article R.227-13 dans les disciplines suivantes : canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyonisme, surf de mer et natation ou par une personne titulaire du brevet national de sécurité et de sauvetage aquatique (BNSSA).

Cette attestation peut être remplacée par une attestation de réussite au test commun des fédérations ayant la natation en partage répondant au moins aux exigences définies pour ce test*

TEST réalisé à : le

J'atteste de l'aptitude du mineur,

NOM : Prénom

A effectuer un saut dans l'eau,

A réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes,

A réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes,

A nager sur le ventre pendant vingt mètres,

A franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant,

Le parcours est réalisé dans la partie d'un bassin ou plan d'eau d'une profondeur au moins égale à 1m80.

Observation¹ : sans brassière avec brassière

Signataire : Nom Prénom

Diplôme :

N° de carte professionnelle ou déclaration BNSSA :

Signature et cachet :

* *sauv'nage utilitaire*

¹ Les conditions de réalisation du test « avec ou sans » brassière de sécurité dépendent du type d'activité proposée. **Se référer aux annexes de l'arrêté du 25 avril 2012.**



Premier organisateur de colonies de vacances et de classes de découverte en France, labellisé nationalement «colos apprenantes», la Ligue de l'Enseignement se mobilise pour vous proposer des vacances en toute confiance !

Adhérent à la Jeunesse en Plein Air, nous défendons des loisirs et vacances pour tous depuis 150 ans. Nous nous engageons en tant que mouvement d'éducation populaire, à proposer aux enfants : du plaisir à faire, à partager, à expérimenter, à s'amuser, ... à vivre tout simplement !

CONTACTS

LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT FOL83

04 94 24 72 91 - SEJOURS@LALIGUE83.ORG

68, AVENUE VICTOR AGOSTINI - TOULON

WWW.FOL83LALIGUE.ORG

FÉDÉRATION VAR

la ligue de
l'enseignement

un avenir par l'éducation populaire