DOSSIER D'INSCRIPTION

A RENDRE A LA MAIRIE D'INSCRIPTION

SÉJOUR COLONIE DE SKI

Photo (1 seule obligatoire à coller, pas d'agrafes)

◯ Du samedi 20 février au 27 février 2027 (La Chapelle d'Abondance)
◯ Du vendredi 26 février au 5 mars 2027 (La Chapelle d'Abondance)

Date butoir des inscriptions : le 8 janvier 2027

Commune d'inscription :

CADRE RÉSERVÉ À LA MAIRIE

N° allocataire CAF : Montant du séjour (sans l'aide de la CAF) :

PARTICIPANT

NOM : Prénom :

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Sexe : ◯ Fille ◯ Garçon Classe suivie :

Souhaite partager la chambre avec :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Portable (**obligatoire pour les départs et retours**) :

Mail (**obligatoire**) :

Vous recevrez des nouvelles de votre enfant durant le séjour. Pour cela, il est impératif d'indiquer votre numéro de portable.

Situation familiale : ◯ mariés ◯ célibataire ◯ en union libre ◯ pacsés ◯ veuf(ve) ◯ séparés ou divorcés

Si vous êtes séparés ou divorcés merci de fournir la copie du jugement de divorce.

En cas de parents séparés mais exerçant conjointement l'autorité parentale sur leur enfant, l'inscription décidée par l'un des parents présume l'accord de l'autre parent à défaut d'une opposition expressément formulée par écrit par ce dernier.

Bénéficiez-vous de la C.M.U ? ◯ Oui ◯ Non **Si oui, veuillez fournir une copie de votre attestation + procuration à remplir.**

N° allocataire CAF :

FAMILLE D'ACCUEIL (le cas échéant)

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Portable (**obligatoire pour les départs et retours**) :

Mail (**obligatoire**) :

ANNULATIONS

En cas d'annulation du séjour à plus d'un mois avant le départ, le séjour ne sera pas facturé à la commune.

En cas d'annulation du séjour à moins d'un mois avant le départ, le séjour sera facturé à la commune sauf sur présentation d'un certificat médical.

ATTESTATIONS

NOM et Prénom du responsable légal :

M/Mme :

Qualité :

Représentant l'enfant :

NOM : Prénom :

ATTESTATION D'AUTORISATION DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES ET VIDEOS

Autorise la diffusion de l'image de mon enfant individuellement ou en groupe :

- ☐ sur le blog spécifique au séjour (accès personnel sécurisé)
- ☐ sur le site internet du SIVOM de la Communauté du Béthunois, de l'ADAV et des communes adhérentes
- ☐ sur les réseaux sociaux (facebook...) du SIVOM de la Communauté du Béthunois, de l'ADAV et des communes adhérentes
- ☐ sur les différents supports de communication (flyer, catalogue, journal, ...) du SIVOM de la Communauté du Béthunois, de l'ADAV et des communes adhérentes

ATTESTATION D'AUTORISATION DE FUMER ET/OU DE VAPOTER (pour les plus de 16 ans)

- ◯ N'autorise pas mon enfant à fumer des cigarettes et/ou à vapoter.
- ◯ Autorise mon enfant à fumer des cigarettes et/ou à vapoter avec modération, tout en respectant les règles de l'ADAV et les lois en vigueur.

RÉUNIONS

Une réunion sera organisée avant le séjour. Pour cela, vous recevrez une convocation vous indiquant le lieu, la date et l'heure.

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.

Lu et approuvé le ... / ... / ... **Signature du représentant légal obligatoire**

Les données collectées sur ce formulaire seront communiquées aux seuls services du SIVOM de la communauté du Béthunois et conservées pendant la durée nécessaire au traitement de votre demande. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition au traitement de vos données, que vous pouvez exercer via le formulaire de contact disponible sur le site https://www.sivom-bethunois.fr/

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

ENFANT :

NOM : Prénom :

NIVEAU DE SKI AU MOMENT DU DÉPART

- ◯ Débutant ou n'a jamais skié - L'enfant préparera l'ourson
- ◯ Ourson - L'enfant préparera le flocon
- ◯ Flocon - L'enfant préparera la 1ère étoile
- ◯ 1ère étoile - L'enfant préparera la 2ème étoile
- ◯ 2ème étoile - L'enfant préparera la 3ème étoile
- ◯ 3ème étoile - L'enfant préparera l'étoile de bronze
- ◯ Niveau supérieur

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Taille de l'enfant (en cm) : Pointure :

Poids de l'enfant (en kg) : Tour de tête (en cm) :

Type de repas : ◯ Sans viande ◯ Sans porc ◯ Autre (à préciser)

TAILLES VESTIMENTAIRES DE VOTRE ENFANT

Pantalon de ski :



◯ 6 ans ◯ 8 ans
◯ 10 ans ◯ 12 ans
◯ 14 ans



+



◯ XS ◯ S
◯ M ◯ L
◯ XL ◯ XXL

Manteau de ski :



◯ 6 ans ◯ 8 ans
◯ 10 ans ◯ 12 ans
◯ 14 ans



◯ XS ◯ S
◯ M ◯ L
◯ XL ◯ XXL

Moufles : ou **Gants :**



◯ 6 ans ◯ 8 ans
◯ 10 ans ◯ 12 ans
◯ 14 ans



◯ XS ◯ S
◯ M ◯ L
◯ XL ◯ XXL

Vous pouvez dès à présent essayer la tenue de ski de marque «**WEDZE**» (*un pantalon ou un pantalon + bretelles, un manteau, une paire de moufles ou une paire de gants*) directement au magasin **Décathlon de Fouquières-lez-Béthune** (*ZAC Actipolis - 62232 FOUQUIÈRES-LEZ-BÉTHUNE*).

Un conseiller vous renseignera sur le modèle retenu par le SIVOM.

Pour tout renseignement concernant le séjour, merci de contacter le service jeunesse du SIVOM au 03 21 61 55 60

IL EST IMPERATIF DE RENDRE LE DOSSIER COMPLET POUR QUE L'INSCRIPTION SOIT VALIDEE

Les données collectées sur ce formulaire seront communiquées aux seuls services du SIVOM de la communauté du Béthunois et conservées pendant la durée nécessaire au traitement de votre demande. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition au traitement de vos données, que vous pouvez exercer via le formulaire de contact disponible sur le site https://www.sivom-bethunois.fr/

PROCURATION CSS

À COMPLÉTER UNIQUEMENT POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

(ANCIENNEMENT CMU)

Valable pour un seul paiement dans le délai de 3 mois à partir de la date d'établissement par l'assuré (art 85-1353 du décret n° 45-0179 du 29-12-1945)

Je soussigné(e) (nom et prénom de l'assuré) :

Adresse :

Donne pouvoir à l'**ADAV** afin de :

· Percevoir les prestations de sécurité sociale qui me sont dues par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

· D'en donner valablement acquit en lieu et place

Le : ..... / ..... / .....

Signature du mandataire (ADAV)

Signature de l'assuré

La procuration doit :

· Être rédigée de la main de l'assuré et non du conjoint

· Être datée et signée obligatoirement

· Être établie au nom d'une personne majeure ou d'un mineur émancipé

Elle devient sans effet :

· A la fin du délai indiqué (3 mois)

· Par usage (encaissement de prestations)

· Par décès du mandant (assuré) ou celui du mandataire (à qui le pouvoir doit être donné)

Les données collectées sur ce formulaire seront communiquées aux seuls services du SIVOM de la communauté du Béthunois et conservées pendant la durée nécessaire au traitement de votre demande. Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition au traitement de vos données, que vous pouvez exercer via le formulaire de contact disponible sur le site https://www.sivom-bethunois.fr/

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

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 :

Séjours hiver 2027 - documents à fournir				
Séjour proposé	**Dates des séjours**	**Documents à fournir obligatoirement à l'inscription**	**Date limite d'inscription**	**Documents à fournir au moment du départ**
La Chapelle d'Abondance	Du 20/02 au 27/02/2027 Du 26/02 au 05/03/2027	☐ Dossier d'inscription complété et signé (page 1, 2 et 3) ☐ Fiche sanitaire complétée et signée (page 5) ☐ Copie du carnet de santé ou du carnet de vaccinations ☐ Pour les bénéficiaires de la CSS : procuration à compléter et signer si la famille est bénéficiaire (page 4) + Copie de l'attestation CSS ☐ Pour les bénéficiaires des aides de la CAF Copie de la notification Aide aux Temps Libres 2027 de la CAF	08/01/2027	Fiche trousseau à mettre dans la valise (page 7)

FICHE TROUSSEAU

Feuillet à détacher et à conserver par la famille jusqu'au départ

1 seule valise (ou sac de voyage) par enfant, taille maximale autorisée 40x25x65 cm ou 30x30x70 cm ou équivalent (inférieur à 70L).

Nom de l'enfant : Prénom : Âge : Sexe :

À METTRE DANS LA VALISE LE JOUR DU DÉPART

Toutes les pièces du trousseau doivent être marquées aux nom et prénom de l'enfant. **Le centre de vacances ainsi que l'association ne sont pas responsables en cas de perte du linge.** Le linge porté par l'enfant au départ doit être compris dans le trousseau.

NOMENCLATURE	Nombre conseillé	Nombre emporté	Remarques de l'animateur	
			ARRIVÉE	DÉPART
NÉCESSAIRE DE TOILETTE :				
Serviette de toilette + 1 drap de bain	1+1			
Gants de toilette	2			
Trousse de toilette	1			
Peigne ou brosse	1			
Brosse à dents	1			
Tube de dentifrice	1			
Savon de toilette ou gel douche	1			
Shampooing	1			
PETIT LINGE DIVERS :				
Mouchoirs (paquets)	5			
Paires de chaussettes	7			
Paires de chaussettes hautes	5			
DIVERS :				
Serviette de table en papier (pas de serviettes en tissu)	30			
Crème protectrice Haute Protection 50	1			
Stick pour les lèvres + après solaire	1			
Sac à linge sale	1			
Lunettes de ski ou masque	1			
Gel hydroalcoolique	1			
Alèse (si besoin)	1			
Lampe de poche	1			
CHAUSSURES :				
Paire de pantoufles ou nu-pieds (pratique pour sortir de la douche)	1			
Paire de chaussures de ville ou tennis	1			
Paire d'après-ski	1			
VÊTEMENTS :				
Blouson adapté à la saison hiver	1			
Pantalon de ski	1			
Survêtement ou jogging	1			
Pulls chauds, polaires	2			
Bonnet et/ou bandeau + écharpe	1+1			
Paire de gants de ski ou moufles	1			
LINGES DE CORPS :				
Slips	7			
Maillots de corps	7			
T-shirts / chemises / sous-pulls	4			
Pyjamas	2			

*** Cette liste comprend le minimum qu'une valise doit contenir pour le bien-être et l'hygiène de votre enfant.*

** L'argent laissé dans les bagages ne sera pas pris en compte en cas de perte ou de vol ! Ne prendre ni objets ni vêtements de valeur !*
Si vous ajoutez des vêtements ou pièces non indiquées dans cette fiche, veuillez le mentionner au dos du présent document.

Cette fiche doit être placée dans la valise de l'enfant au-dessus des vêtements de préférence.

Il est préférable de préparer le sac en présence de l'enfant pour qu'il puisse se familiariser avec ses vêtements.

Département du PAS-DE-CALAIS
Arrondissement de BETHUNE
Canton de DOUVRIN

Commune de FESTUBERT

La commune de Festubert recueille les dossiers d'inscription aux colonies du SIVOM du Béthunois. Dès réception, ils sont transmis aux services jeunesse du SIVOM du Béthunois.

La commune de Festubert traite vos données dans le cadre de *la gestion des inscriptions aux colonies*. Ce traitement repose sur une *mission d'intérêt public.* Les données sont collectées uniquement *par les agents du service administratif, et l'intégralité des dossiers d'inscription sont transmis au SIVOM du Béthunois*. Sont conservées *en mairie les chèques jusqu'à encaissement (dans un délai maximum de 2 mois) et les notifications d'aides aux temps libres jusqu'à 10 ans*. Passé ce délai, elles seront *détruites* définitivement dans le cadre des règles légales de conservation. Conformément aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, d'effacement de vos données, ou encore de limitation de leurs traitements. Vous pouvez également vous opposer au traitement des données vous concernant en raison d'un motif légitime et si aucune obligation légale ne s'y oppose. Pour exercer vos droits, contactez-nous en nous adressant un courrier postal à l'adresse Mairie de Festubert 66 rue de Lille 62149 FESTUBERT ou via la plateforme dédiée en ligne : https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/festubert. Un formulaire papier de demande d'exercice de droits est également disponible en mairie. Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr) si vous le jugez utile. Pour tout renseignement sur la protection de vos données, contactez *le service administratif de la mairie.*

Le SIVOM du Béthunois traite vos données dans le cadre de *la gestion des inscriptions aux colonies de vacances*. Pour exercer vos droits, contacter le service jeunesse du SIVOM du Béthunois 660 rue de Lille 62400 Béthune ou via la messagerie en ligne https://www.sivom-bethunois.fr/index.php/accueil-2/sivom/