



FICHE D'INSCRIPTION AVENTURE ISLAND 2023

Les dossiers incomplets ne sont pas validés par nos services.

du 10 au 13 juillet : 4 j | du 17 au 21 juillet : 5 j | du 24 au 28 juillet : 5 j

| | |
|---|-------------------------------------|
| NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT : | |
| DATE DE NAISSANCE : | ÂGE : ans |
| TÉLÉPHONE : | |
| ADRESSE PERMANENTE : | |
| CODE POSTAL : | VILLE : |
| COURRIEL : | |
| TÉLÉPHONE POUR CONTACT DURANT LE STAGE : | |

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), _____, père, mère, tuteur, tutrice légal(e) de l'inscrit ci-dessus, l'autorise à participer au(x) stage(s) 2023 organisé(s) par le Syndicat Mixte d'Etudes d'Aménagement et de Gestion (S.M.E.A.G.) de l'Île de Loisirs de Jablines-Annet et atteste avoir pris connaissance et accepté les informations générales relatives à leur fonctionnement ainsi que dûment rempli **la fiche sanitaire**.
J'atteste avoir pris connaissance que le paiement intervient le premier jour de chaque stage.

Fait à _____, le _____ 2023

SIGNATURE :

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), _____, autorise / n'autorise pas le Syndicat Mixte d'Etudes d'Aménagement et de Gestion de l'Île de Loisirs de Jablines-Annet à utiliser les images représentant mon enfant mineur durant la période de stage à titre d'information et d'illustration pour ses supports de communication pouvant faire l'objet d'une diffusion départementale, régionale ou nationale.

Fait à _____, le _____ 2023

SIGNATURE :

ASSURANCE

Le stagiaire est couvert en Responsabilité Civile par le biais de l'Ile de Loisirs de Jablines-Annet pendant toute la durée du stage. Nous vous rappelons l'intérêt à souscrire un contrat d'assurance de personne ayant pour objet de proposer des garanties forfaitaires en cas de dommages corporels.
Concernant les objets mobiliers et le matériel placé par le stagiaire dans les lieux mis à disposition, l'Ile de Loisirs de Jablines-Annet demeurera affranchie de toute indemnité en cas d'accident ou de sinistre quelle qu'en soit la cause et sa responsabilité ne pourra être engagée de ce fait.

DÉCHARGE PARENTALE

Je soussigné(e), _____, père, mère, tuteur, tutrice légal(e) de l'inscrit ci-dessus, atteste avoir pris connaissance des horaires d'ouverture et de fermeture de l'accueil de loisirs (de 9h à 17h avec un accueil possible à partir de 8h30 et la fermeture du centre à 18h) et à cet effet :

- j'autorise mon enfant à rentrer seul;
 j'autorise mon enfant à rentrer avec les personnes suivantes :

Listes des personnes ayant 17 ans révolu et habilités à venir chercher l'enfant :

NOM & PRENOM : _____ N° de téléphone : _____
NOM & PRENOM : _____ N° de téléphone : _____
NOM & PRENOM : _____ N° de téléphone : _____

Toute personne venant chercher l'enfant doit être munie d'une pièce d'identité et figurer sur cette décharge. En cas de force majeure, une personne non désignée ci-dessous pourra chercher l'enfant à la condition que le représentant légal en ait avisé la direction.

Fait à _____, le _____ 2023

SIGNATURE :

DOCUMENTS FOURNIS (ne pas remplir - cadre réservé au Service Administratif de l'Ile de Loisirs)

- Brevet de natation
 Justificatif de domicile UNIQUEMENT pour les résidents des communes du G.I.J.A. bénéficiant d'une réduction de 28 € par stage de 4 jours / 35 € par stage de 5 jours (limitée à 2 stages par an et par enfant) :
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Annet-sur-Marne | <input type="checkbox"/> Jablines |
| <input type="checkbox"/> Carnetin | <input type="checkbox"/> Lesches |
| <input type="checkbox"/> Chalifert | <input type="checkbox"/> Précý-sur-Marne |
| <input type="checkbox"/> Charmentray | <input type="checkbox"/> Thorigny-sur-Marne |
| <input type="checkbox"/> Dampmart | <input type="checkbox"/> Trilbardou |
| <input type="checkbox"/> Fresnes-sur-Marne | <input type="checkbox"/> Vignely |



Conditions Générales

Pour que l'inscription de votre enfant soit définitive, le dossier doit être complet avec toutes les pièces nécessaires ; Il vous est demandé de nous fournir :

- la fiche d'inscription et la fiche sanitaire dûment remplies et signées ;
- la copie du brevet de natation ;
- la copie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois (quittance de loyer, facture EDF/GDF, ...) pour les résidents des communes du G.I.J.A. bénéficiant d'une réduction éventuelle limitée à 2 stages par an et par enfant : Annet-sur-Marne, Carnetin, Chalifert, Charmentray, Dampmart, Fresnes-sur-Marne, Jablines, Lesches, Précý-sur-Marne, Thorigny-sur-Marne, Trilbardou, Vignely.

A noter que ... En cas de nombre insuffisant de participants (moins de 8 inscrits au plus tard 5 jours avant le stage), l'Ile de Loisirs de Jablines-Annet se réserve le droit d'annuler le stage. Tout stage commencé est dû dans son intégralité sauf en cas de maladie grave et/ou d'hospitalisation.

En cas de maladie grave et/ou d'hospitalisation avant le début du stage, une somme de 20 € pour frais de dossier restera à la charge de l'inscrit. Dans les 2 cas, un certificat médical de contre-indication sportive devra être présenté obligatoirement.

Le règlement sera à effectuer le premier jour du stage (par carte bancaire, chèque à l'ordre du TRESOR PUBLIC, ANCV ou espèces).

| Tarif d'un stage par enfant | STAGE 10-13/07 | AUTRES DATES |
|---|----------------|--------------|
| 1 ^{er} enfant | 176 € | 220 € |
| 2 ^{ème} enfant (frères et sœurs exclusivement) | 156 € | 195 € |
| A partir du 3 ^{ème} enfant (frères et sœurs exclusivement) | 108 € | 135 € |

Mise à jour en mai 2023.



FICHE SANITAIRE AVENTURE ISLAND 2023

ELLE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE STAGE DE VOTRE ENFANT ET EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ; A VOTRE DEMANDE, ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU STAGE.

du 10 au 13 juillet | du 17 au 21 juillet | du 24 au 28 juillet

| | | |
|----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| NOM & PRÉNOM DE L'ENFANT : | | |
| DATE DE NAISSANCE : | <input type="checkbox"/> GARCON | <input type="checkbox"/> FILLE |

| | | | | |
|--|--|-------------------------------|-------------------------------|---|
| RESPONSABLE DE L'ENFANT | | <input type="checkbox"/> PERE | <input type="checkbox"/> MERE | <input type="checkbox"/> TUTEUR, TUTRICE LEGAL(E) |
| N° SECURITE SOCIALE : <input type="text"/> | | | | |
| NOM & PRÉNOM : | | | | |
| TÉLÉPHONE DOMICILE : | | | | |
| TÉLÉPHONE BUREAU : | | | | |
| TÉLÉPHONE PORTABLE : | | | | |
| ADRESSE : | | | | |
| CODE POSTAL : | | | VILLE : | |
| NOM & PRÉNOM DU CONTACT DURANT LE STAGE (si différent du responsable légal de l'enfant) : | | | | |
| TÉLÉPHONE DU CONTACT DURANT LE STAGE : | | | | |

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

| 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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Hépatite B | |
| Tétanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication (pas de contre-indication pour le vaccin antitétanique). | |
| BCG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

| RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT | | | | |
|---|---|--|--|---|
| L'enfant suit-il un traitement médical pendant le stage ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | |
| ALLERGIES | ASTHME <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | MÉDICAMENTEUSES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | | |
| | ALIMENTAIRES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non | AUTRES : | | |
| PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication, le signaler) | | | | |

Réglementation relative au Suivi Sanitaire des Enfants Mineurs

L'admission d'un mineur en accueil collectif est conditionnée à la fourniture préalable d'informations relatives :

- aux vaccinations obligatoires ou à leur contre-indications (photocopie de la page vaccination du carnet de santé avec indication du nom de l'enfant) ;
- aux antécédents médicaux ou chirurgicaux ou à tout autre élément d'ordre médical considéré par le responsable légal comme susceptible d'avoir des répercussions sur le déroulement du stage ;
- aux pathologies chroniques ou aiguës en cours ;
- l'autorisation des parents pour les interventions médicales et chirurgicales.

Si un traitement est à prendre durant tout ou partie du stage, les conditions et les modalités d'utilisation des produits devront être décrites. L'ordonnance du médecin devra être jointe. Les médicaments seront remis au responsable de l'accueil dans leur emballage d'origine avec la notice d'utilisation. Les nom et prénom du mineur devront être inscrits sur l'emballage.

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE** :

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (facultatif)

Je soussigné(e), _____, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'organisateur du stage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à _____, le _____ 2023

SIGNATURE :