

Prestations Séjour VALOGNES Du 20 au 24 juillet 2026 DOSSIER D'INSCRIPTION



Service Enfance – Castelrose
Tél : 01.34.08.19.27 ou 09
service.enfance@ville-isle-adam.fr

Accueil de Loisirs Jean-Paul Nomblot
Tél. : 06.80.70.03.33
alsh@ville-isle-adam.fr

Avec la Fiche Sanitaire de Liaison (obligatoire)

JEUNE/ ENFANT

Nom : Prénom :

Ecole ou Collège fréquenté en 2025/2026 :

Niveau de classe 2025/2026 :

N° de portable du jeune :

REDEVABLE(S)

- ☐ Responsables 1 et 2 (pour les couples mariés, pacsés ou en union libre)
☐ Responsable 1 ou ☐ Responsable 2 (pour les couples séparés)

Nom et prénom du redevable :

PRESTATION ET TARIF

Pensez à contacter le service enfance pour le calcul de votre tarif

T0/T1	123 €
T2/T3	164 €
T4/T5	246 €
T6/T7	328 €
Sans QF	410 €

Fiche Sanitaire de Liaison

Valable pour la durée du séjour

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) [nom — prénom]

Responsable légal du jeune [nom — prénom]

Né(e) le :

1) M'engage à être redevable des factures du Service enfance/jeunesse et Pass-Loisirs

Si vous n'avez pas fait calculer votre quotient familial merci de fournir les pièces au service enfance (liste des documents téléchargeable sur le site de la ville)

2) Atteste sur l'honneur que mon enfant sait nager, l'autorise à fréquenter les bords de l'étang, les piscines ou rivières.

3) Autorise :

Mon enfant à participer au séjour à VALOGNES du 20 au 24 juillet 2026.

OUI ☐ NON ☐

Mon enfant à bénéficier des quartiers libres:

OUI ☐ NON ☐

1. DROIT A L'IMAGE

Autorise la prise de vue et la publication des images sur lesquelles notre enfant apparaît ; ceci sur différents supports (écrit, électronique, audio-visuel, réseaux sociaux de la ville) de la mairie de L'Isle-Adam et représentée par Monsieur le Maire, Sébastien PONIATOWSKI. Nous reconnaissons avoir pris connaissance de l'utilisation qui en est faite pour les usages suivants : Publication dans le journal de la ville « Regards », exposition photos, anniversaire, sorties, séjours..., site internet de la commune et réseaux sociaux (facebook, instagram et tiktok).

Si nous recevons des photos ou des films, nous nous engageons à les utiliser uniquement dans le cadre d'un usage familial. Nous reconnaissons également que les utilisations ne peuvent porter atteinte à notre vie privée et plus généralement, ne sont pas de nature à lui nuire ou à lui causer un quelconque préjudice. Ces prises de vues ne seront pas exploitées dans un but commercial.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera en conséquence lieu à aucune rémunération quelle qu'elle soit.

OUI ☐ NON ☐

2. ACCEPTATION DU PROJET PEDAGOGIQUE

☐ Déclare avoir pris connaissance du projet pédagogique.

3. VALIDATION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

1/ Le dépôt de ce **dossier complet est obligatoire** pour valider l'inscription de votre enfant au séjour.

Fait à Le : / /

Signatures des responsables légaux précédées de la mention « Lu et approuvé »

Nom, Prénom des responsables légaux

.....



JEUNE

Nom : Prénom :

Date de naissance : ☐ Garçon ☐ Fille

RESPONSABLE 1

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Nom : Prénom :

Adresse : Code Postal : Ville :

Tél domicile : Tél travail :

Tél portable :

Profession : En activité : OUI ☐ NON ☐

Adresse mail :

RESPONSABLE 2

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre

Nom : Prénom :

Adresse : Code Postal : Ville :

Tél domicile : Tél travail :

Tél portable :

Profession : En activité : OUI ☐ NON ☐

Adresse mail :

SITUATION FAMILIALE

Situation familiale des responsables légaux :

☐ Marié(e)s ☐ Union libre ☐ Pacsé(e)s ☐ Divorcé(e)s ☐ Veuf(ve)

Lieu(x) de résidence de l'enfance : ☐ Responsable 1 ☐ Responsable 2 ☐ Alternée ☐ Autre :

.....



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

VACCINATIONS : Les photocopies des vaccins à jours sont à fournir obligatoirement.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

Le jeune a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

- | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ RUBÉOLE | ☐ VARICELLE | ☐ ANGINE | ☐ COQUELUCHE | ☐ OTITE |
| ☐ SCARLATINE | ☐ ROUGEOLE | ☐ OREILLONS | ☐ RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | |

Le jeune a-t-il des difficultés de santé : (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez 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

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant désigné précédemment :

- Autorise mon enfant à se baigner (attestation à fournir) et à pratiquer des activités à caractères sportifs : ☐ OUI ☐ NON
- Autorise la directrice de l'Accueil de Loisirs ou du Service Jeunesse à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et faire pratiquer les interventions d'urgences suivant les prescriptions du médecin: ☐ OUI ☐ NON

En mon absence, j'autorise à venir chercher mon enfant et/ou en cas de maladie, à prévenir :

-  Monsieur ou Madame : Tél portable : Lien de parenté :
-  Monsieur ou Madame : Tél portable : Lien de parenté :
-  Monsieur ou Madame : Tél portable : Lien de parenté :
-  Monsieur ou Madame : Tél portable : Lien de parenté :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant désigné précédemment, déclare avoir pris connaissance des conditions matérielles d'accueil de mon enfant par le service Enfance/Jeunesse de la commune et certifie qu'il est apte à y séjourner, à y pratiquer les activités et sorties.

Je déclare exacts les renseignements portés sur ce document.

Fait à : Le

Signature(s) du ou des représentants légaux

Nom, Prénom : Nom, Prénom :

