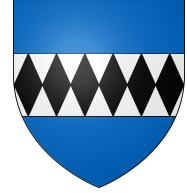


# SKI 2025

Du 17 au 21 février 2025



NOM :

PRENOM :

AGE:

**CE DOSSIER EST A RETOURNER DUMENT REMPLI  
(AVEC TOUTES LES PIECES DEMANDEES)  
EN MAIRIE.**

**(Du 11 au 20 décembre auprès de Mme COMPARINI)**

- Photocopie du carnet de vaccination, être à jour des vaccinations.
- Photocopie assurance extra scolaire.
- Photocopie de **l'attestation** de la carte vitale et de la mutuelle 2025.
- Carte CEAM (carte européenne d'assurance maladie).
- Certificat médical attestant la pratique du ski alpin, ne présentant actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse, être apte à la vie en collectivité.
- Carte d'identité ou passeport de l'enfant obligatoire pour le séjour. (Photocopie en attendant le début du séjour).
- Autorisation de sortie de territoire pour l'enfant (cerfa fourni).

Tarifs : **460 €**

**à régler en une seule fois.**

Les inscriptions seront closes dès que la capacité maximale d'accueil sera atteinte, soit 34 places.

Nous vous rappelons que toutes modifications, dans vos coordonnées personnelles (changement n° téléphone, adresse etc.) doivent nous parvenir le plus tôt possible.

# Fiche de renseignements

## L'enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe: M ou F

Né(e) le : ..... /..... /..... Lieu de naissance : .....

Classe : .....

Adresse:.....

Code postal:..... Commune : .....

## Responsables légaux :

### 1er parent:

Autorité parentale: Oui / Non

Nom de naissance: .....

Nom d'usage : ..... Prénom: .....

Profession: .....

Situation familiale (1).....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

Code postal: ..... Commune: .....

Téléphone domicile: .... /... /... /... /...

Téléphone portable: .... /... /... /... /...

Téléphone travail: .... /... /... /... /...

Adresse Mail: .....@.....

### 2ème parent:

Autorité parentale: Oui / Non

Nom de naissance : ..... Prénom: .....

Profession: .....

Situation familiale (1).....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

Code postal: ..... Commune: .....

Téléphone domicile: .... /... /... /... /...

Téléphone portable: .... /... /... /... /...

Téléphone travail: .... /... /... /... /...

Adresse Mail: .....@.....

## **Autre personne**

Autorité parentale: Oui / Non

Nom de naissance : ..... Prénom: .....

Organisme : ..... Personne référente : .....

Fonction : ..... Lien avec l'enfant : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone domicile : .... /... /... /... /...

Téléphone portable : .... /... /... /... /...

Téléphone travail : .... /... /... /... /...

Adresse Mail : .....@.....

(1) *Célibataire - Marié(e) - Veuf(ve) - Divorcé(e) - Séparé(e) - Concubin(e) - Pacsé(e)*

## **Personne à appeler en cas d'urgence**

*(Si les parents ne répondent pas)*

1) Nom de naissance : ..... Prénom: .....

Lien avec l'enfant.....

Adresse .....

Code postal : .....Commune : .....

Téléphone domicile : .... /... /... /... /...

Téléphone portable : .... /... /... /... /...

Téléphone travail : .... /... /... /... /...



2) Nom d'usage : ..... Prénom: .....

Lien avec l'enfant.....

Adresse .....

Code postal : .....Commune : .....

Téléphone domicile : .... /... /... /... /...

Téléphone portable : .... /... /... /... /...

Téléphone travail : .... /... /... /... /...

Je m'engage à signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date:

Signature:

*Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (Article 34 de la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978). Pour l'exercer, contactez l'espace loisirs ou la mairie.*

# **Autorisations parentales**

## **Autorisations médicales**

Je soussigné(e) .....  
responsable légal de l'enfant .....

Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le personnel de l'ALSH dont fait partie mon enfant à prendre, en cas de maladie ou d'accident, toutes mesures d'urgence, prescrites par le médecin y compris éventuellement, l'hospitalisation ou la prise de traitement médical.

En cas de maladie, les frais nécessaires pour le traitement de l'enfant seront à charge de la famille (les pièces justificatives de ces frais et le dossier médical seront adressés à la famille en vue d'un éventuel remboursement).

Fait à ..... le .....

Signature

## **Autorisations de sortie**

Personnes autorisées à venir chercher mon enfant au retour du bus le 21 février 2025

Nom, Prénom	Lien de parenté	Téléphone

**J'autorise mon enfant à partir seul à l'arrivée du bus après avoir prévenu l'animateur:**

Oui       Non

## **Autorisation de transport**

Je soussigné (e), M ou Mme .....  
responsable de l'enfant.....

autorise l'équipe d'animation à véhiculer mon enfant dans un bus pour l'emmener à Llivia au séjour ski organisé par le centre de loisirs municipal.

Fait à ..... le .....

Signature



## Droit à l'image

Chacun a droit au respect de sa vie privée (art. 9 du Code Civil). Le droit à l'image, en tant qu'attribut de la personnalité, fait partie de la vie privée. Toute atteinte au droit à l'image constitue de ce fait une violation de la vie privée. De fait, il est nécessaire pour la collectivité d'obtenir votre accord sur la prise de l'image elle-même ainsi que sur sa publication si cette image doit être publiée.

Si vous autorisez les services municipaux, vous êtes invités à compléter et signer l'attestation ci-après.

### AUTORISATION DE DROIT D'IMAGE / MINEUR

Je soussigné(e) Madame, Mademoiselle, Monsieur .....  
Domicilié(e) à : .....

Représentant légal ; autorise mon enfant :  
NOM.....PRENOM.....

à être photographié(e) et/ou filmé(e) lors d'un reportage photos et/ou vidéo effectué pour la Ville de Salles d'Aude dans le cadre des activités pratiquées au sein des structures municipales et du centre de loisirs sans hébergement.

Et j'autorise l'utilisation et la diffusion de ces photographies ou vidéos pour l'ensemble des publications, expositions, page Facebook de l'ALSH ou site internet officiel de la Ville de Salles d'Aude, dans le cadre de ses actions de communication institutionnelle, pour une durée indéterminée.

Je prends note que je peux interrompre à tout moment la publication de ces photographies ou images, sur simple demande adressée par courrier :  
Monsieur le Maire Hôtel de Ville – Place de la Mairie – 11 110 SALLES D'AUDE.

Je m'engage à ne pas tenir responsable Monsieur Jean-Luc RIVEL, Maire, ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec son autorisation, en ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

La présente autorisation est personnelle et incessible, et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Fait à ..... le .....

Signature des deux parents :  
Le Père La Mère



# Fiche sanitaire de liaison

## Renseignements concernant le séjour

	Débutant	Moyen	Confirmé
Niveau de ski			
Taille en cm			
Poids			
Pointure			
Age			

## Vaccinations

- joindre la photocopie du carnet de santé (page des vaccinations à jour)

## Médecin traitant

Nom du médecin traitant:.....

Adresse: .....

Téléphone: ..... /..... /..... /..... /.....

## Allergies

Alimentaire:    oui  non     Médicamenteuse:    oui  non

Asthme:        oui  non     Autres:            oui  non

Préciser les causes d'allergie et la conduite à tenir:

.....

.....

.....

.....

## Problème de santé

Préciser les problèmes de santé de votre enfant et les précautions à prendre:

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

Recommandations des Parents:

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

Je soussigné(e) M..... déclare avoir pris connaissance du projet pédagogique et en accepter les conditions.

À.....  
le.....

Signature des parents ou du représentant légal

