



**SECTEUR JEUNES 12-17 ans**  
**SAINT ROMAIN DE JALIONAS**  
**Tél : 04.74.90.92.42**

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**SÉJOUR ÉTÉ 2023 – SANARY SUR MER**

**Tarif Séjour Été 2023**

	QUOTIENT FAMILIAL	Inférieur à 550	de 550 à 864	de 865 à 1200	Supérieur à 1200
<b>SAINT ROMAIN DE JALIONAS</b>	Tarif Séjour	350.00 €	365.00 €	380.00 €	400.00 €
<b>EXTÉRIEUR</b>	Tarif Séjour	365.00 €	380.00 €	400.00 €	420.00 €

Le règlement sera effectué le jour de l'inscription par chèque à l'ordre de : ACM Saint Romain de Jalionas ou en espèces avec l'appoint contre attestation de paiement.

Quotient familial : \_\_\_\_\_ **Joindre attestation CAF si quotient inférieur à 1200**

**RENSEIGNEMENTS :**

**L'ENFANT**

NOM et Prénom \_\_\_\_\_

Date de Naissance \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**RESPONBLE LÉGAL (1) :**

NOM et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse (si différente) \_\_\_\_\_

Téléphones : Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

**RESPONBLE LÉGAL (2) :**

NOM et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse (si différente) \_\_\_\_\_

Téléphones : Domicile : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail (si différente) : \_\_\_\_\_

- **L'enfant sait-il nager ? :** OUI  NON
- **Droit à l'image :** durant les activités proposées, l'équipe d'animation peut être amenée à photographier les jeunes. Ces photographies pourront être diffusées sans contrepartie dans des documents réalisés dans le cadre de notre politique de communication (site internet, bulletin municipal, journaux, page facebook, application...).

**J'autorise la prise et la publication de photo de mon enfant dans le cadre du séjour :**

OUI  NON

### FICHE SANITAIRE :

**Problèmes de santé particuliers (allergies éventuelles, traitement...):** Merci de préciser la conduite à tenir et préciser s'il y a un traitement médical + ordonnance:

---

---

**Aucun médicament ne sera donné sans ordonnance**

### MÉDECIN TRAITANT

NOM et Prénom \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Merci de nous joindre la copie du carnet de vaccination + l'assurance extra-scolaire.

**RÉGIME ALIMENTAIRE:** \_\_\_\_\_

Je soussigné : \_\_\_\_\_ représentant légal de l'enfant mineur désigné ci-dessus autorise à fréquenter les accueils organisés par la commune de Saint Romain de Jalionas ainsi qu'à utiliser les transports proposés pour se rendre sur les lieux d'activités. Je déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise la commune de Saint Romain de Jalionas à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

**Date**

**Signature responsable légal (1)**

**Signature responsable légal (2)**