



**Séjours - Dossier administratif 2025**  
62 route de Trémaïdic, 29280 PLOUZANE

PHOTO

**Enfant**

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ...../...../..... à ..... Sexe : M  F

Adresse : .....

- Adhérent(e) à l'ALSH Trémaïdic
- Licencié(e) au PAC Football
- Nouvelle adhésion 2025 (10€)

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Lien avec l'enfant :	Lien avec l'enfant :
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
N° portable :	N° portable :
N° travail :	N° travail :
Adresse mail :	Adresse mail :

**Contacts à prévenir en cas d'urgence**

**Hors responsables légaux**

Noms / Prénoms	Lien avec l'enfant	N° téléphone

**Séjours**

*Cocher le séjour choisi*

- Séjour n°1 (6/11 ans) du lundi 11 au vendredi 15 août - Crozon
- Séjour n°2 (6/11 ans) du lundi 18 au vendredi 22 août - Carhaix
- Séjour n°3 (6/10 ans) du lundi 25 au vendredi 29 août - Goulet
- Séjour n°3 (11/14 ans) du lundi 25 au vendredi 29 août - Goulet

**Conditions financières et administratives**

220€ (hors adhésion)

- **Date limite d'annulation :** samedi 12 juillet  
A effectuer par mail à : [alsh-tremaidic@orange.fr](mailto:alsh-tremaidic@orange.fr)
- **Documents à fournir :** Dossier administratif - Copie du carnet de vaccination  
Attestation Responsabilité Civile - Pass Nautique - Paiement

**Grille tarifaire - Quotient familial**

QF	0-299	300-419	420-499	500-599	600-699	700-899	900-1199	1200 +
Tarif	151,25€	161,75€	172,25€	182,75€	193,25€	209€	224,75€	230€

*Nota : Le quotient familial est pris en compte uniquement si une **attestation CAF de paiement** où figurent le nom, prénom et la date de naissance de l'enfant est transmise avec le dossier.*

*Nota 2 : Pour les familles extérieures à Plouzané, le tarif plein est appliqué.*

**Partie réservée Direction ALSH**

- Dossier administratif + Copie Carnet Vaccination
- Attestation Responsabilité Civile
- Pass Nautique
- Paiement

*(Chèque (ordre : ALSH Trémaïdic), Chèques Vacances, CESU (papier uniquement), Virement (demander le RIB), Espèce)*

# Fiche sanitaire

L'enfant suit-il un traitement médical ? Si oui, lequel ? .....

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.

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
OU DT polio				Autres (préciser)	
OU Tétracoq					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? Si oui, entourez.

Rubéole	Varicelle	Angine	Rumatisme articulaire aigu	Scarlatine
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	

ALLERGIES : ASTHME Oui  Non  MÉDICAMENTEUSES Oui  Non   
ALIMENTAIRES Oui  Non  AUTRES : \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

L'ENFANT A-T-IL DES RESTRICTIONS ALIMENTAIRES (SANS PORC, SANS BŒUF, ETC...) PRÉCISEZ.

## Autorisations

Je soussigné(e)....., responsable légal de .....

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre des séjours de vacances.
- Autorise la Directrice des séjours de vacances à faire hospitaliser mon enfant au centre de soin le plus proche si son état le nécessite et autorise la structure qui accueille l'enfant à lui prodiguer des soins.
- Autorise l'ALSH Trémaïdic à diffuser sur ses supports de communication (site internet, réseaux, flyers, affiches, articles de presse...) les photos ou vidéos prises dans le cadre des séjours de vacances.

## Signature

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts tous les renseignements portés sur ces documents et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :



COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR :  
alsh-tremaidic@orange.fr  
ALSH Trémaïdic  
62 route de Trémaïdic, 29280 PLOUZANE

