



Séjour

ADOS

14 / 17 ans

DOSSIER D'INSCRIPTION

Du samedi 6 au samedi 13 août

à la base de Loisirs de La Frette à Tergnier

Tarif pour les habitants du territoire: maximum 150 € (selon le bénéfice de « Bons Temps Libre » de la CAF).

ACTIVITES :

TARIF :

- Mini-Golf
- Escape Game
- Canoë
- Active Jump

et bien plus...

150 €

12 PLACES

Nous acceptons les chèques vacances ANCV, le CNAS, les bons MSA
Sous réserve des dispositions gouvernementales en vigueur



Réservation :

Association T.A.C.T. / 94 rue de la Neuville, 02360 Rozoy-sur-Serre.
Tél : 09 51 35 24 43 / 07 66 36 30 72 - mail : tactassociation@gmail.com



CONDITIONS D'INSCRIPTION

Conçu pour les 14/17 ans, notre camp pour adolescents est déclaré aux services départementaux de la Jeunesse et des Sports, ce qui implique le respect des normes en vigueur tant au point de vue pédagogique, sanitaire, que de la sécurité.

L'inscription à ce camp implique l'acceptation pleine et entière des présentes conditions particulières d'inscription.

Pour que votre demande soit prise en considération, vous devez nous retourner OBLIGATOIREMENT:

Les documents cités en dernière page

A réception du dossier COMPLET, une confirmation d'inscription vous sera adressée. Nous privilégierons l'envoi par mail des attestations et des convocations (n'oubliez pas d'indiquer votre adresse mail sur la fiche d'inscription)

15 jours au plus tard avant le séjour, l'association TACT vous communiquera le déroulement du séjour (horaires de départ et de retour, compléments de dossier éventuels)

Nos prix comprennent:

Le transport en bus depuis Rozoy-sur-Serre, l'emplacement de camping (les toiles de tentes et couchages sont à charge des participants)

La restauration (un panier pique nique sera à prévoir pour le premier repas de midi)

Les activités et l'encadrement pédagogique qualifié

La couverture d'une assurance responsabilité civile, l'adhésion de 2€ à l'association TACT en tant que membre

Aide aux vacances

Les organismes suivants peuvent, sous certaines conditions, verser des aides pour couvrir une partie du montant du séjour: Caisse d'allocations familiales, mutualité sociale agricole: renseignez vous auprès d'eux. Les chèques vacances de l'ANCV sont acceptés.

Modifications et Annulation du séjour

L'annulation du séjour du fait de l'organisateur entrainera le remboursement immédiat des sommes versées pour la participation au séjour. Si, avant le départ, l'organisateur modifie un élément essentiel du séjour, tel qu'une hausse significative du prix, il est possible dans un délai de 7 jours après en avoir été averti, soit de résilier le contrat d'inscription sans pénalité, soit d'accepter de participer au séjour modifié.

Tout désistement ou annulation quel qu'en soit le montant du fait de l'inscrivant doit être notifié par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'association TACT. Le barème des frais de désistement appliqué sera de:

Pour toute annulation survenant entre 30 et 21 jours du départ: 25 % du prix total

Pour toute annulation survenant entre 20 et 8 jours du départ: 50 % du prix total

Pour toute annulation survenant entre 7 et 2 jours du départ: 75 % du prix total

Pour toute annulation survenant à moins de 2 jours du départ: 100 % du prix total

Toute modification à ce barème pourra être envisagée par l'organisateur en fonction de la raison de l'annulation de l'inscrivant.

Réclamations

Tout manquement grave à la discipline sera signalé aux parents ou au tuteur légal et l'exclusion pourra être prononcée. Dans ce cas, aucune somme ne sera remboursée et les frais occasionnés par ce retour seront à la charge de la famille ou du tuteur légal.

Les réclamations éventuelles concernant le séjour devront être adressées par lettre recommandée à TACT dans un délai de 15 jours après le séjour. Toutefois, la responsabilité de l'association ne saurait être engagée en cas de détérioration ou vol d'affaires personnelles, objets de valeur ou espèces.

Assurance

L'association TACT a souscrit une assurance responsabilité civile auprès de MMA. Les participants devront présenter une attestation d'assurance responsabilité civile ainsi qu'un certificat médical de moins d'un mois dès leur inscription.

NOM:..... PRENOM:.....

Sexe: F M Date de Naissance:/...../.....

Nationalité:.....

Adresse où réside l'enfant:

Code Postal..... Ville:.....

Représentant légal de l'enfant: Père Mère Tuteur

NOM:..... PRENOM:.....

Pour recevoir votre confirmation d'inscription indiquez ci-dessous votre mail:

.....@.....

Adresse: Code Postal..... Ville:.....

Tel domicile: Tel Portable: Tel professionnel:

N° Allocataire CAF: Caisse:.....

N° Sécurité Sociale: Caisse:

Responsable de l'enfant pouvant être contacté durant le séjour (Obligatoire)

NOM:..... PRENOM:.....

Relation avec l'enfant: e-mail:.....@.....

Tel domicile: Tel Portable: Tel professionnel:

Je soussigné..... représentant légal de l'enfant certifie avoir pris connaissance des conditions particulières d'inscription au camp pour adolescents organisé par l'association TACT et autorise la Direction du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels. J'autorise que mon enfant soit pris en photos et puisse paraître dans la presse et sur le compte facebook de l'association.

Lu et approuvé

Date

Signature



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT
NOM : _____
PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ; ELLE EVITE DE VOUS DEMURIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

3 - RENSEIGNEMENTS MEDICAMENTEUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non MEDICAMENTEUSES oui non
ALIMENTAIRES oui non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRES :
LES DIFFICULTES DE SANTE (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

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

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui non parfois

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS
VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC... PRECISEZ

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

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui non

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRENOM

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR)

TEL FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :

BUREAU :

NOM ET TEL DU MEDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

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

Date : Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNEES DE L'ORGANISATEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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



AUTORISATION DE DIFFUSION

Autorisation valable du 01 janvier 2022 au 31 décembre 2022

JE SOUSSIGNÉ (E) :

Domicilié (e).....
.....

En qualité de Représentant légal de l'Enfant mineur dénommé (e)
.....

Né(e) le.....

déclare autoriser le droit à l'image et/ou la voix pour mon (mes) enfant(s) mineur(s), à titre gratuit à l'association TACT.

De même j'autorise l'association TACT à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images/enregistrements lors de projections à but non lucratif et à publier ces images/voix sur le web.

Je suis conscient que je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à l'association TACT.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentants et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Les images de mon enfant pourront être utilisées en totalité ou par extraits pour une durée de 10 ans.

Cette autorisation est consentie sans contrepartie financière.

Fait à le

BON POUR ACCORD,

Signature

TARIF de Base	150 euros
Je bénéficie de..... bons temps libre de la CAF	—.....euros
Je joins chèques vacances	— euros
d'une valeur unitaire deeuros	
SOLDE à verser par chèque à l'ordre de T.A.C.T.euros

Pour un dossier complet:

- Bulletin d'inscription complété et signé
- Chèque à l'ordre de TACT et éventuels bons vacances et/ou chèques vacances
- Certificat médical de non contre indication à la pratique multisports
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Fiche sanitaire de liaison
- Autorisation de diffusion
- Certificat d'assurance responsabilité civile
- Brevet de natation 25 mètres

Bulletin d'inscription accompagné du règlement à retourner à :

Association TACT, Lavenant Céline,

94, rue de la Neuville 02360 ROZOY-SUR-SERRE

Tel: 07 66 36 30 72

tactassociation@gmail.com

CONFIDENTIALITE ET PROTECTION DES DONNEES

Conformément à la loi informatique et libertés du 06 janvier 1978, vous pouvez à tout moment demander à modifier ou à supprimer les renseignements liés à votre signature. Ces informations vous concernant étant confidentielles. L'association TACT s'engage à les protéger.

Vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent (art 34 de la loi « informatique et libertés ») vous pouvez exercer ce droit directement sur les sites concernés ou en nous contactant :

Association TACT 94, rue de la Neuville 02360 ROZOY SUR SERRE 09 51 35 24 43 tactassociation@gmail.com