

# NATURE – LE LONZAC du sam. 12 au ven. 18 avril 2025

(1 dossier par enfant)

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR L'AGENT D'ACCUEIL

Date de dépôt : ..... Heure de dépôt : .....

Le nombre de places étant limité, les inscriptions seront donc retenues par ordre d'arrivée.  
Complétez ce document, signez les encadrés obligatoires et rassemblez toutes les pièces nécessaires

**Déposez le tout à l'accueil des Mairies à partir du Samedi 8 mars 2025**  
**Le dépôt de votre dossier ne vaut pas acceptation**

Celui-ci sera vérifié par le service Démarches Familles et Inscriptions :  
- si votre dossier est complet, sous réserve de places disponibles vous recevrez une confirmation par courrier ou par mail à garder comme preuve d'inscription ;  
- si votre dossier est incomplet, il ne sera pas accepté et sera mis en liste d'attente.

*Merci de remplir lisiblement ces tableaux*

**ENFANT :** Garçon :  Fille :  Âge : ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....

NOM et PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

Nationalité (en cas de séjour à l'étranger) : .....

L'enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? NON  OUI  (Fournir la photocopie)

**REPRÉSENTANT LÉGAL :** Père :  Mère :  Tuteur :

NOM et PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

Téléphone mobile : .....

ADRESSE COURRIEL (même adresse que celle utilisée sur votre espace famille « boisco dé clic » : .....

*Ces données seront uniquement utilisées pour des échanges avec le service Démarches familles et Inscriptions*

**REPRÉSENTANT LÉGAL :** Père :  Mère :  Tuteur :

NOM et PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

Téléphone mobile : .....

ADRESSE COURRIEL (même adresse que celle utilisée sur votre espace famille « boisco dé clic » : .....

*Ces données seront uniquement utilisées pour des échanges avec le service Démarches familles et Inscriptions*

## FACTURATION *(Cochez la case correspondant à votre situation et signez dans l'encadré)*

- « Je suis déjà en prélèvement automatique pour toutes les activités facturées par la ville » ;  
 « Je ne suis pas en prélèvement **alors j'inscris le NOM et l'ADRESSE du payeur pour l'année 2024-2025** »

NOM et PRÉNOM du payeur : .....

ADRESSE : .....

A NOTER : la personne désignée ci-dessus s'engage à régler chaque facture mensuelle regroupant les activités de la petite enfance, du périscolaire et de la culture (un seul nom par famille). Les modalités du prélèvement automatique sont gérées par le Point de Paiement Centralisé (PPC).

Signature du payeur  
(OBLIGATOIRE)

## RÈGLEMENT INTÉRIEUR

*« Je déclare avoir pris connaissance et accepter sans réserve le règlement\* et les conditions générales de participation au séjour qui m'ont été remis lors de l'inscription de mon enfant. »*

*« J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités sportives proposées. »*

*« Je certifie exacts les renseignements mentionnés dans ce dossier ainsi que les photocopies transmises aux services municipaux et m'engage à informer l'administration de tout changement de situation qui surviendrait avant le départ. »*

\* Règlement disponible à l'accueil des mairies et téléchargeable sur [www.bois-colombes.fr](http://www.bois-colombes.fr)

Signature du responsable légal  
(OBLIGATOIRE)

**Données personnelles** : ces données sont collectées par la ville de Bois-Colombes pour permettre la gestion des services en matière d'affaires scolaires, périscolaires et extrascolaires. Elles seront conservées pendant deux ans, durée permettant la saisie comptable des éléments et leur archivage réglementaire. Pour exercer vos droits à la consultation ou rectification, contactez la déléguée à la protection des données personnelles par courriel à l'adresse [dpo@bois-colombes.com](mailto:dpo@bois-colombes.com) ou par courrier à DPO, 15 rue Charles-Duflos, 92277 Bois-Colombes cedex.

**NATURE – LE LONZAC**  
**6/10 ANS du 12 au 18 avril 2025****TARIFS ET PARTICIPATION DES FAMILLES**

Le montant du séjour est calculé en fonction du quotient familial de la famille.

**ASSURANCE**

Nous vous conseillons de souscrire un contrat d'assurance pour votre enfant, couvrant les dommages corporels auxquels l'exposent les activités auxquelles il participe (type assurance extrascolaire).

**TRAITEMENTS MÉDICAUX EN COURS – FRAIS ENGAGÉS**

En cas de traitement médical à poursuivre pendant le séjour, nous vous demandons de bien vouloir en faire part à l'un des animateurs au départ et veiller à placer dans la valise l'original de l'ordonnance, ainsi que le traitement de votre enfant pour toute la durée du séjour, dans son emballage d'origine marqué au nom et prénom de l'enfant.

En l'absence de ce document, le traitement de votre enfant ne pourrait être poursuivi.

Les frais médicaux sont à la charge des familles. Au retour de vos enfants, vous recevrez une demande de paiement des frais engagés pendant le séjour (pour les détails et les remboursements, se référer au règlement).

**CONDITIONS D'ANNULATION**

- Après inscription à un séjour long, toute demande d'annulation doit être adressée par écrit au service démarches famille et inscriptions. Celle-ci est prise en compte dans les conditions suivantes :
  1. Si la demande est reçue au service démarches familles et inscriptions un mois avant la date prévue du départ, aucun frais ne sera facturé à la famille ;
  2. Si cette demande intervient 15 jours précédant la date du début du séjour, 50% de la participation demandée à la famille resteront dus à la commune ;
  3. Si la demande intervient à compter du jour de début de séjour, 100% de la participation demandée à la famille restera due à la commune ;
  4. En cas de présentation avant le jour de début du séjour, d'un certificat médical mentionnant qu'il est impossible au jeune d'y participer pour raison de santé, l'inscription ne fera pas l'objet d'une facturation. Si cette demande intervient dans la semaine précédant la date du début du séjour, 50%
- Tout séjour entamé reste dû.
- Sans demande d'annulation écrite auprès du service démarches familles et inscriptions, la totalité du séjour est due .
- Tout participant aux séjours de vacances qui fera preuve d'un comportement incompatible avec les règles de vie en collectivité, fera l'objet d'un rapatriement disciplinaire. Les frais relatifs au renvoi du participant sont à la charge de la famille, sans aucune possibilité de remboursement des frais de séjours (cf règlement en annexe)

**PIÈCES À FOURNIR**

Les cases grises sont réservées à l'administration.

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dossier d'inscription dûment complété et signé .....                                | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fiche retour de l'enfant dûment complétée et signée .....                           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Fiche sanitaire avec photo, dûment complétée et signée .....                        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Copie du carnet de santé (avec vaccinations notifiées sur la fiche sanitaire) ..... | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Copie de l'attestation de la carte vitale ou CMU .....                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Assurance extra-scolaire (facultative mais conseillée) .....                        | <input type="checkbox"/> |

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ETRE TRAITE**

**Données personnelles** : ces données sont collectées par la ville de Bois-Colombes pour permettre la gestion des services en matière d'affaires scolaires, périscolaires et extrascolaires. Elles seront conservées pendant deux ans, durée permettant la saisie comptable des éléments et leur archivage réglementaire. Pour exercer vos droits à la consultation ou rectification, contactez la déléguée à la protection des données personnelles par courriel à l'adresse [dpo@bois-colombes.com](mailto:dpo@bois-colombes.com) ou par courrier à DPO, 15 rue Charles-Duflos, 92277 Bois-Colombes cedex.



A joindre au dossier d'inscription

Séjour : **NATURE pour les 6/10 ans**Date de retour : **Vendredi 18 avril 2025****ADHÉRENT :**

NOM et PRÉNOM du jeune : .....

ADRESSE : .....

**RETOUR DE L'ENFANT**

Cochez la case correspondant à votre situation et signez en bas de page

**REPRÉSENTANT LÉGAL :**

NOM et PRÉNOM : .....

TÉL. MOBILE : .....

 Cas n°1 : **vous serez présent** au retour De l'enfant Cas n°2 : **vous ne serez pas présent au retour de l'enfant.**Vous autorisez une autre personne, **munie de sa carte d'identité** à venir chercher l'enfant en remplissant l'autorisation ci-dessous*Je soussigné(e), Mme, M. ....**responsable légal de l'enfant susnommé**autorise Mme, M. ....**à venir chercher mon enfant lors de son retour de séjour.***Signature du responsable légal (OBLIGATOIRE)**

**Données personnelles** : ces données sont collectées par la ville de Bois-Colombes pour permettre la gestion des services en matière d'affaires scolaires, périscolaires et extrascolaires. Elles seront conservées pendant deux ans, durée permettant la saisie comptable des éléments et leur archivage réglementaire. Pour exercer vos droits à la consultation ou rectification, contactez la déléguée à la protection des données personnelles par courriel à l'adresse [dpo@bois-colombes.com](mailto:dpo@bois-colombes.com) ou par courrier à DPO, 15 rue Charles-Duflos, 92277 Bois-Colombes cedex.



**ENFANT** Garçon :  Fille :

**NOM :** .....

**PRÉNOM :** .....

Né(e) le : ..... à : .....

ADRESSE .....

ÉCOLE FRÉQUENTÉE EN 2024-2025 : .....

Élémentaire :  Collège :  Lycée :  Préciser le niveau : .....

*Coordonnées des deux parents (remplir les 2 colonnes) ou du responsable légal (remplir seulement la 1<sup>re</sup> colonne)*

| INFORMATIONS   | (1) <input type="checkbox"/> PÈRE OU RESPONSABLE LÉGAL)   | (1) <input type="checkbox"/> MÈRE   |
|--|---|---|
| <i>(1) Merci de cocher la case du parent à joindre en premier en cas d'urgence</i> |   |   |
| Nom  |   |   |
| Prénom   |   |   |
| Adresse  |   |   |
| Tél. mobile  |   |   |
| Tél. pro   |   |   |
| Tél. domicile  |   |   |
| E-mail ( <i>séparez bien les lettres pour une lecture aisée</i> )                  |   |   |
| Situation familiale  | Mariés <input type="checkbox"/><br>Pacsés <input type="checkbox"/><br>Vie maritale <input type="checkbox"/> | Séparés <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/><br>Divorcés <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/><br><i>Précisez si : garde alternée<sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/></i> |

<sup>(2)</sup> Cette fiche est destinée aux animateurs pendant le séjour de votre enfant : merci de joindre

a) un justificatif précisant le mode de garde choisi (courrier de la CAF, des parents...) et ce, même si vous avez déjà donné ces documents avec le dossier famille (qui reste en mairie) ;

b) le cas échéant, la copie de l'extrait de jugement justifiant de la responsabilité de l'enfant.

## AUTORISATIONS/INTERDICTIONS PARENTALES

Merci de préciser la liste des personnes **autorisées** à venir chercher l'enfant  
(ces personnes doivent présenter une pièce d'identité et être âgées de + de 15 ans)

ou **ayant l'interdiction** de venir chercher l'enfant :

| NOM ET PRÉNOM  | TÉLÉPHONE | LIEN DE PARENTÉ | AUTORISATION                 | INTERDICTION                 |
|--|-----------|-----------------|------------------------------|------------------------------|
|  |           |                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
|  |           |                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
|  |           |                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
|  |           |                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
|  |           |                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
|  |           |                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
|  |           |                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
|  |           |                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
|  |           |                 | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |
| J'autorise la prise de vues de mon enfant pour les publications de la ville (journal, affiches, programmes, siteinternet de la ville,...). |           |                 | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

### ASSURANCE (Facultatif mais conseillé)

Si vous en avez une assurance scolaire-périscolaire pour votre enfant, merci d'indiquer :

Nom de la compagnie et téléphone : .....

Numéro du contrat : .....

## RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

### VOTRE ENFANT DOIT ÊTRE À JOUR DES VACCINS OBLIGATOIRES

Joindre obligatoirement la copie des pages du carnet de santé attestant que ces vaccinations sont à jour.  
Dans le cas contraire, joindre le certificat médical de contre-indication.

| ■ Vaccinations         | DT Polio (obligatoire) | ROR (facultatif) | BCG (facultatif) |
|------------------------|------------------------|------------------|------------------|
| Date du vaccin         |                        |                  |                  |
| Date du dernier rappel |                        |                  |                  |

- Si votre enfant a déjà eu **les maladies suivantes**, cochez les cases correspondantes :

**COQUELUCHE**

**SCARLATINE**

**VARICELLE**

- Votre enfant a des **réactions allergiques** (asthme, alimentaires), médicamenteuses ou autres. **OUI**  **NON**

Précisez lesquelles : .....

- Votre enfant a eu des **antécédents médicaux ou chirurgicaux**, (maladie, accident, crises convulsives, opération, rééducation...). **OUI**  **NON**

Précisez lesquels, les dates et les précautions à prendre : .....

- Votre enfant **suit un traitement médical régulier** : **OUI**  **NON**

Précisez lequel : .....

**Le projet d'Accueil Individualisé (PAI)** permet de mettre en place sur le temps de l'école et du périscolaire les aménagements nécessaires aux enfants souffrant de troubles de santé : administration de médicaments, régime alimentaire particulier... Il est élaboré en lien avec le médecin traitant de l'enfant.

- Si votre enfant **bénéficie d'un Projet d'Accueil Individualisé**, cochez la case : **PAI**

- Ce P.A.I. concerne : l'administration de **médicaments**  un **régime alimentaire** précis

- Recommandations utiles des parents : (port de lunettes, de lentilles, de prothèses auditives, dentaire...)

.....

- Repas sans porc : **OUI**  **NON**

## SIGNATURES DES PARENTS

*A remplir obligatoirement*

Je, soussigné(e),

Madame, Monsieur.....

En qualité de  père,  mère,  représentant légal

certifie exacts les renseignements mentionnés ci-dessus ainsi que les documents joints et autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes les mesures nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale).

Fait à Bois-Colombes, le ..... / ..... / ..... Signatures :

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

### RAPPEL DES PIÈCES À JOINDRE

Joindre **DANS TOUS LES CAS** :

les copies **des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations** ;

Joindre également le cas échéant :

**un justificatif précisant le mode de garde choisi** (courrier de la CAF, des parents...) et ce, même si vous avez déjà donné ces documents avec le livret famille (qui reste en mairie) ;

la **copie de l'extrait de jugement justifiant de la responsabilité** de l'enfant.

Merci de nous signaler rapidement tout changement  
ou tout renseignement utile (téléphone, adresse, maladie...)