

Partir en séjour avec la MJC...

Sous réserve des autorisations préfectorales

Bivouacs équestres à ETABLES



Mini camp sport nature à BOSMELEAC



Mini camp mer à BINIC



Mini camp équitation à LANTIC



Réunion d'information

Partir en séjour avec la MJC de Quintin

VENDREDI 25 JUIN à 18h30

A la MJC du Pays de Quintin

Rencontrez les équipes pédagogiques à cette occasion

M.J.C du pays de Quintin
Les Quinconces-22800 QUINTIN/ TEL. 02 96 74 92 55



Les Trousseaux du campeur :

Pour vous aider, voici le trousseau recommandé. Merci de respecter autant que possible cette liste.

| | <i>Bivouac équestre ETABLES</i> | <i>Minicamp équestre LANTIC</i> | <i>Minicamp mer BINIC</i> | <i>Minicamp nature BOSMELEAC</i> |
|--|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|
| Objet | Quantité | Quantité | Quantité | Quantité |
| Oreiller | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Sac de couchage | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Matelas/ tapis de sol | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Affaires de toilettes (gant, gel douche, brosse à dents, dentifrice, shampoing, serviettes, ...) | Oui | Oui | Oui | Oui |
| Pyjama | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Tenue de sport | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Tee-shirt | 1 | 3 | 4 | 4 |
| Pantalon | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Pantacourt | | | 1 | 1 |
| Vêtement chaud (Pull / veste polaire) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Sous-vêtements (paires de chaussettes, culottes) | 2 | 4 | 4 | 4 |
| Paire de chaussures | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Paire de chaussures pour les activités mer ou nautique) | | | 1 | 1 |
| Serviette de plage | | 1 | 1 | 1 |
| Maillot de bain | | 1 | 2 | 1 |
| Paire de bottes | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Coupe-vent imperméable (type K-way) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Chapeau, bob ou casquette | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Sac à linge sale (Taie d'oreiller, sac poubelle...) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Crème solaire | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Lampe de poche | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Gourde | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Sac à dos | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Verre | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Bol | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Assiette | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Couverts (fourchette, couteau, cuillères) | 1 | 1 | 1 | 1 |
| VTT et casque | | | | 1 |

Prévoir une tenue (bas et haut qui ne risque rien) : un t-shirt blanc (par exemple de publicité) qui pourra être utilisé (découpé, peint...) pour certaines activités.

Si possible, amener aussi des déguisements (marqués au nom de l'enfant).

-> **Camp mer et camp sport nature**: Prévoir le brevet des 25m ou un certificat d'aisance dans l'eau.

Quelques conseils :

- Ne prévoir que des vêtements solides, adaptés à la vie en collectivité... et qui ne craignent rien !
- Eviter les accessoires ou bijoux de valeur, **pas de portable** (la MJC décline toute responsabilité en cas de perte ou détérioration).
- Prévoir un sac de voyage solide, adapté à la taille de l'enfant, et marqué à ses nom, prénom et coordonnées.

Les TARIFS : Dans le tableau, reportez-vous à la tranche qui correspond à votre quotient familial

| Tarifs | Tranche de Quotient familial | Journée mini séjour |
|---------|------------------------------|---------------------|
| Tarif 1 | QF ≤ 559 | 21,00 € |
| Tarif 2 | 559 < QF ≤ 1000 | 23,00 € |
| Tarif 3 | 1001 ≤ QF ≤ 1260 | 24,00 € |
| Tarif 4 | QF > 1260 | 25,00 € |

Pour que le tarif qui vous concerne soit appliqué, vous devez fournir obligatoirement auprès du service Enfance/Jeunesse de la MJC du Pays de Quintin:

- ▷ Ou votre numéro d'allocataire CAF
- ▷ Ou l'attestation de Quotient Familial (délivré par la CAF)
- ▷ Ou l'attestation de Quotient Familial (délivré par la MSA)
- ▷ Ou l'avis d'imposition de l'année 2020 sur les revenus 2019 (Uniquement pour les personnes qui ne sont pas ressortissants du régime CAF ou MSA)

Attention : si vous ne fournissez pas la pièce justificative demandée, le tarif maximum vous sera facturé.

FICHE D'INSCRIPTION 2021

SEJOUR (bivouac, mini camp)

NOM de l'enfant:.....

PRENOM de l'enfant:

ADRESSE :.....

COMMUNE.....

TEL (en cas d'urgence) :

Email :

MSA :..... quotient.....

CAF (obligatoire)..... quotient.....

| Thème | Dates | Participe | Tarifs |
|--|----------------------------------|-----------|----------------|
| Bivouac Equestre Boquého (12/15 ans) | Du 5 au 6 juillet (1 nuit 2j) | | De 42 à 50 € |
| Bivouac Equestre Boquého (6/8 ans) | Du 8 au 9 juillet (1 nuit 2j) | | De 42 à 50 € |
| Mini camp sport mer BINIC (9/15 ans) | Du 12 au 16 juillet (4 nuits 5j) | | De 105 à 125 € |
| Mini camp Equestre LANTIC (9/12 ans) | Du 19 au 23 juillet (4 nuits 5j) | | De 105 à 125 € |
| Mini camp Sport Nature BOSMELEAC (9/15 ans) | Du 26 au 30 juillet (4 nuits 5j) | | De 105 à 125 € |
| Bivouac Equestre lieu à déterminer (6/8 ans) | Du 16 au 17 août (1 nuit 2j) | | De 42 à 50 € |
| Bivouac Equestre lieu à déterminer (9/15ans) | Du 19 au 20 août (1 nuit 2j) | | De 42 à 50 € |

MONTANT TOTAL :

Chèque : Espèces : A.N.C.V. : Bons M.S.A : carte :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné Monsieur, Madame,père, mère ou tuteur

De l'enfantné (e) le

demeurant.....Tél. :

Tél. : (joignable dans la journée).....

email :

Après avoir consulté l'information diffusée aux familles concernant l'organisation de l'accueil de loisirs et des séjours

INSCRIT au(x) séjour(s) Organisé(s) par la M.J.C (6/16 ans)

AUTORISE mon enfant pendant cette période :

OUI NON

- à pratiquer des activités diverses etc...
- circuler dans des véhicules mis à disposition par l'association
Et d'éventuels transports collectifs sur place.
- Paiement à l'inscription possibilité de 2 chèques
Bons vacances MSA à déduire lors du paiement.

- **AUTORISE** le Directeur du C.L.S.H. ou du Centre de Vacances à faire soigner
l'enfant susnommé et à prendre toutes mesures, y compris l'hospitalisation,
nécessitées par son état de santé, selon les prescriptions du corps médical consulté.
OUI NON

- **AUTORISE** les services administratifs de la MJC a consulté le service CDAP de la
CAF pour relever le quotient familial à partir du numéro d'allocataire CAF transmis.
OUI NON

- l'équipe pédagogique à diffuser l'image de mon enfant dans le cadre d'une exposition
ou d'activité audiovisuelle.
OUI NON

Fait à le

Signature :

Accueil de loisirs intercommunal du Pays de Quintin

Année 2021 /2022 - Fiche séjour

| | |
|--|--|
| <h1 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h1> | <p style="text-align: right; color: #00AEEF; margin: 0;">L'ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p> |
|--|--|

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphtérie | | | | 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 MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui
non

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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINE | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ | 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

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

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

4- ACTIVITES SPORTIVES ET BAINADES

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM :

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :