

## FICHE INSCRIPTION - SEJOUR AVENTURE EN MONTAGNE JUILLET 2026 - LA CHAPELLE D'ABONDANCE (74)

### LE SEJOUR

Dates choisies :	
<input type="radio"/> Du dimanche 12 au dimanche 19 juillet 2026	(1 semaine)
<input type="radio"/> Du dimanche 19 au dimanche 26 juillet 2026	(1 semaine)
<input type="radio"/> Du dimanche 12 au dimanche 26 juillet 2026	(2 semaines)

### ENFANT

Identité :	
<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
<b>DATE NAISSANCE :</b>	
<b>GENRE :</b>	<input type="radio"/> Féminin <input type="radio"/> Masculin
<b>L'enfant sait il nager ?</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>L'enfant bénéficie du PASS COLO ?</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>L'enfant bénéficie de l'AVE de la CAF ?</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>N° allocataire CAF de l'enfant :</b>	
<b>L'enfant est-il porteur d'un handicap ?</b>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<b>Si oui, de quel type ?</b>	
Notre référent handicap vous contactera lors de la réception de l'inscription.	

### RESPONSABLES LEGAUX

Responsable 1 :	
<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère	<input type="radio"/> Tuteur
<b>Adresse :</b>	
<b>Code Postal :</b>	<b>Ville :</b>
<b>Téléphone :</b>	<b>Mail :</b>

Responsable 2 :	
<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Mère	<input type="radio"/> Tuteur
<b>Adresse :</b>	
<b>Code Postal :</b>	<b>Ville :</b>
<b>Téléphone :</b>	<b>Mail :</b>

## AUTORISATION PARENTALE

Je, soussigné(e),

Nom :

Prénom :

En tant que (père, mère, tuteur) :

De l'enfant, Nom :

Prénom :

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités prévues au programme du séjour de vacances organisé du..... au ..... à La Chapelle d'Abondance
- Autorise le directeur du séjour à faire soigner mon enfant et à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant : traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale.  
Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés pour mon enfant par la FSCF.

### Droit à l'image de mon enfant :

J'autorise la FSCF à utiliser l'image de mon enfant à des fins de communication interne et externe (promotion des séjours de vacances sur supports papiers ou site internet)

OUI  NON

- Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'inscription et d'annulation du séjour.

**Faire précéder votre signature de la mention suivante : « lu et approuvé pour autorisation parentale »**

Fait à :

Le :

Signature :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT.

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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

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

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

#### A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

---

---

---

#### OBSERVATIONS

---

---

---

---

---

---

## Tarifs – Règlement - Conditions d'inscription :

Tarifs :	Plein Tarif	Licencié FSCF *
<b>1 semaine</b> (8 jours / 7 nuits)	670 €	590 €
<b>2 semaines</b> (16 jours / 15 nuits)	1200 €	1060 €
* Indiquer le N° de licence :		

### Règlement :

✓ <b>Acompte de 30% ou reste à charge (Pass Colo et/ou AVE) à verser à l'inscription</b>
✓ Règlement possible par chèque, virement, bons CAF, chèques vacances
✓ <b>Le solde est à régler 1 mois avant le séjour.</b> Toute réservation à moins d'un mois avant le séjour est à régler intégralement

### Conditions d'inscription :

Les inscriptions sont enregistrées à concurrence des places disponibles et dans l'ordre de réception des demandes

Toute demande d'inscription ne sera retenue que si elle est complète et accompagnée des éléments suivants :

- ✓ Dossier d'inscription complet : fiche inscription + autorisation parentale + fiche sanitaire
- ✓ Attestation d'assurance maladie sur laquelle figure le nom de l'enfant
- ✓ 30% d'acompte

### Retour du dossier soit :

<b>Par courrier</b>	CR FSCF AURA 20 Rue de l'Etissey – 38300 Bourgoin-Jallieu
<b>Par mail</b>	<a href="mailto:fscf.auvergnerhonealpes.bafa@orange.fr">fscf.auvergnerhonealpes.bafa@orange.fr</a>

### Contact :

<b>Téléphone :</b>	06 12 61 14 18
<b>Mail :</b>	<a href="mailto:fscf.auvergnerhonealpes.bafa@orange.fr">fscf.auvergnerhonealpes.bafa@orange.fr</a>

Crédit Mutuel	
RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE	
Identifiant national de compte bancaire - RIB	
Banque 10278	Guichet 07261
N° compte 00020427002	Clé 86
Devise EUR	Domiciliation CCM BOURGOIN JALLIEU
Identifiant international de compte bancaire	
IBAN (International Bank Account Number)	
FR76	1027 8072 6100 0204 2700 286
BIC (Bank Identifier Code) CMCIFR2A	
<b>Domiciliation</b> CCM BOURGOIN JALLIEU 27 AVENUE DU GRAND TISSAGE 38300 BOURGOIN JALLIEU	<b>Titulaire du compte (Account Owner)</b> COMITE REGIONAL FSCF AUVERGNE RHONE ALPES 20 RUE DE L ETISSEY 38300 BOURGOIN JALLIEU
☎ 0 820 800 012 (Service 0,12 €/min + prix appel)	PARTIE RESERVEE AU DESTINATAIRE DU RELEVÉ
Remettez ce relevé à tout autre organisme ayant besoin de connaître vos références bancaires pour la domiciliation de vos virements ou de prélèvements à votre compte. Vous éviterez ainsi des erreurs ou des retards d'exécution.	

## CONDITIONS GENERALES DE VENTES

### LABELLISATION

Notre organisme bénéficie de la labellisation pour les dispositifs **VACAF-AVE** National et **Pass Colo**.

#### Critères d'éligibilité PASS COLO :

- ✓ Enfants nés en 2015 enfants nés en 2014 qui n'ont pas utilisé leur Pass colo en 2024
- ✓ Votre quotient familial doit être inférieur ou égal à 1500€.
  - QF de 0 à 200 : aide de 350 €
  - QF de 201 à 700 : aide de 300 €
  - QF de 701 à 1200 : aide de 250 €
  - QF de 1201 à 1500 : aide de 200 €

#### Critères d'éligibilité et fonctionnement AVE :

- ✓ La famille reçoit 1 notification de droits aux vacances de la CAF
- ✓ La famille sélectionne le séjour de vacances de son enfant
- ✓ La structure calcule le montant de l'aide sur le site de VACAF et le reste à charge pour la famille
- ✓ L'inscription au séjour est validée par le versement de la **totalité du reste à charge** par la famille
- ✓ La CAF versera directement à l'organisme du séjour de vacance le montant de l'aide VACAF

### INSCRIPTION

Pour confirmer une réservation, vous devez renvoyer les documents suivants :

- ✓ Fiche d'inscription
- ✓ Autorisation parentale
- ✓ Fiche sanitaire de liaison
- ✓ Attestation CPAM sur laquelle figure le nom de l'enfant
- ✓ Verser 1 acompte de 30% ou le reste à charge

Une confirmation vous sera envoyée par mail.

Tout séjour interrompu ou toute prestation non consommée du fait du participant ne donneront lieu à aucun remboursement.

### REGLEMENT

Un acompte de 30% du prix du séjour sera à verser à l'inscription et le solde maximum 1 mois avant le départ.

Pour les bénéficiaires de l'AVE et/ou Pass Colo, le reste à charge est à verser au moment de l'inscription.

Toute inscription à moins d'un mois avant le début du séjour est à régler intégralement.

### FRAIS MEDICAUX

Vous vous engagez à rembourser au Comité Régional FSCF Auvergne-Rhône-Alpes tous frais médicaux et d'hospitalisation engagés pour votre enfant en cas de nécessité durant son séjour.

### ANNULATION

En cas d'annulation de votre part, la FSCF conserve une partie du règlement :

- 30% du montant des frais d'inscription pour un désistement intervenant de 45 à 31 jours avant le début du séjour.
- 75% du montant des frais d'inscription pour un désistement intervenant de 30 à 8 jours avant le début du séjour.
- 100% du montant des frais d'inscription pour un désistement intervenant moins de 8 jours avant le début du séjour.
- Tout séjour commencé est dû dans sa totalité

En cas d'annulation du fait du Comité Régional FSCF Auvergne-Rhône-Alpes, notamment pour effectif insuffisant l'intégralité des sommes versées vous sera remboursée.

### DROIT A L'IMAGE

Vous autorisez le Comité Régional FSCF Auvergne-Rhône-Alpes à utiliser les images de votre enfant réalisées dans le cadre du séjour de vacances à des fins de promotion des activités mises en place par la FSCF.

En cas de refus précisez le sur la fiche « Autorisation Parentale »

### EXCLUSION

Le Comité Régional FSCF Auvergne-Rhône-Alpes se réserve le droit d'exclure à tout moment du séjour et sur simple décision de son personnel, tout participant dont le comportement ou les actes ne seraient pas en adéquation avec les projets éducatif et pédagogique portés par le CR et compromettraient les conditions d'accueil des autres jeunes. Les frais d'exclusion et de rapatriement seront à la charge de la famille de l'intéressé.

Vol, agression physique ou verbale, possession ou consommation d'alcool et/ou de stupéfiants, détérioration volontaire de matériel, feront l'objet d'une exclusion immédiate. Dans tous les cas d'exclusion, et à quelque moment que celle-ci intervienne, aucun remboursement ou dédommagement ne pourra être réclamé.