

## INFORMATIONS PRATIQUES

### Séjour de Vacances Du 28 Octobre au 2 Novembre 2024 Centre du Porteau, Talmont-Saint-Hilaire

**Tranche d'âge :** de 7 à 10 ans (nés entre 2014 et 2017).

**Equipe éducative :** 1 directeur et 4 animateurs diplômés ou en cours BAFA.

**Transport vers le lieu du séjour :**

➔ **Transport collectif :**

- Départ à **la Roche-sur-Yon** (9h30) - Pôle Associatif - rue de Verdun
- Arrêt à **Luçon** (10h15) - Complexe sportif du Sourdy - pour une arrivée à **Talmont-Saint-Hilaire** vers 11h15.

➔ **Transport individuel :** Rendez-vous **lundi 28 octobre à 11h Centre du Porteau** (210 impasse du Porteau, 85440 Talmont-Saint-Hilaire).

Le départ se fera le **samedi 2 novembre** à 16h du même lieu.

**Vous devez prévoir le pique-nique du midi pour l'enfant le premier jour du séjour.**

**Participation Financière – Frais de dossier :**

	Forfait
QF 0 à 500	30€
QF 501 à 700	40€
QF 701 à 1200	50€
QF 1201 à 1500 et QF de plus de 1500 mais résident en ZRR, ou QPV ou suivi ASE ou en situation de handicap.	60€

Ci-joint : le trousseau à fournir à l'enfant pour la durée du séjour.

La fiche trousseau est à mettre dans le sac de l'enfant le jour du départ.

**Date d'inscription :**

- Dès réception du document pour les enfants qui **n'ont pas fait** de séjour Vacances Apprenantes en 2024.

**A retourner à l'association des Francas avant le 16 Octobre 2024 :**

- La fiche de l'enfant renseignée
- La fiche sanitaire remplie
- La copie des 3 pages du carnet de vaccinations
- Attestation CAF (ou autorisation CAFPRO) ou MSA pour les résidents vendéens
- Votre participation financière.

L'inscription de votre enfant ne sera définitive qu'à réception de l'ensemble de ces documents. Il n'y aura pas de remboursement des frais de dossier en cas d'annulation.

**CONTACTS ET RENSEIGNEMENTS :**

Association Départementale des Francas de Vendée  
 Pôle associatif, 71 Boulevard Aristide Briand. Boîte aux lettres 81.  
 85000 la Roche sur Yon - [francas85@francas-pdl.asso.fr](mailto:francas85@francas-pdl.asso.fr) - 02.51.62.21.94

**Renseignements Enfant**

**Séjour du 28 Octobre au 2 Novembre 2024 – 7-10 ans au Centre du Porteau**

**NOM :** .....

**PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** .....

**ETABLISSEMENT SCOLAIRE :** ..... **CLASSE :** .....

**VILLE :** .....

**N° SECURITE SOCIALE** (auquel est assuré l'enfant) : .....

<b>Sexe :</b>	
<b>M</b>	<input type="checkbox"/>
<b>F</b>	<input type="checkbox"/>

<b>CAF 85 :</b> <input type="checkbox"/>	<b>MSA :</b> <input type="checkbox"/>	<b>AUTRE (Hors département) :</b> <input type="checkbox"/>	<b>Autorise l'accès à CAFPRO :</b> <input type="checkbox"/>
<b>N° Allocataire :</b> .....		<b>Quotient familial :</b> .....	

**Responsable légal de l'enfant :** Père  Mère  Autre  (Nom/prénom: .....) )

**Situation familiale :** Marié  Pacsé  Séparé

**MERE**

**PERE**

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : .....  
 Ville : .....  
 ☎ : .....  
 @ : .....  
 Profession : .....  
 ☎ Pro : .....

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : .....  
 Ville : .....  
 ☎ : .....  
 @ : .....  
 Profession : .....  
 ☎ Pro : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : ..... Lien « de parenté » avec l'enfant : ..... ☎ : ..... Remarques : .....
--

**Choix du TRANSPORT sur le lieu de séjour : Merci de cocher la case correspondante.**

- Transport collectif :     
  Départ de La Roche-sur-Yon     
 Départ de Luçon :   
 Transport individuel à votre charge

## Renseignements fiche sanitaire

### **ALLERGIES : Fournir un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ou une ordonnance**

**Asthme :** oui  non       **Médicamenteuse :** oui  non

**Alimentaire :** oui  non       **Autres :** .....

**Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :**

.....  
 .....

**Recommandations utiles (difficultés de santé, problèmes familiaux, port de lunettes et/ou lentilles, intolérance alimentaire, pathologie réelle, etc....) à préciser :**

.....  
 .....

**J'autorise**     **Je n'autorise pas** l'association « Les Francas » à transporter mon enfant en fonction des activités que celle-ci propose. En contrepartie, l'association s'engage à utiliser un véhicule assuré et adapté au transport d'enfants.

**J'autorise**     **Je n'autorise pas** l'utilisation de l'image de mon enfant par l'association « Les Francas » dans le cadre de l'illustration du séjour, article de presse, site internet, Facebook (enfant non identifié)

Je soussigné(e) : ....., responsable légal de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires pour l'état de mon enfant.

Je soussigné.....atteste que mon enfant n'a pas fait de séjour « Colos Apprenantes » sur l'année civile 2024.

Mon enfant a-t-il déjà fait des séjours en collectivité ? Mini camp par exemple     **Oui**     **Non.**

Séjours scolaires (par exemple classes découvertes)     **Oui**     **Non**

Fait à : ..... Le : .....      Signature

<b>PARTICIPATION FINANCIERE FRAIS DE DOSSIER</b>	<b>REGLEMENT</b>
<input type="checkbox"/> QF 0 à 500€ = 30€ <input type="checkbox"/> QF 501 à 700 € = 40 € <input type="checkbox"/> QF 701 à 1200€ = 50€ <input type="checkbox"/> QF 1201 à 1500€ (et plus de 1500€ résidant en Zone de Revitalisation Rurale ou Quartier Politique de la Ville ou suivi Aide Sociale à l'Enfance) = 60€	<input type="checkbox"/> Paiement par chèque (A l'ordre des : Francas de Vendée) <input type="checkbox"/> Paiement par virement (merci de rappeler le prénom-nom de l'enfant dans le libellé) Coordonnées bancaires : Crédit Mutuel Roche sur Yon Molière – IBAN FR7615519390310002104360117 BIC CMCIFR2A

### **Rappel PIÈCES Obligatoires :**

Attestation CAF (ou autorisation CAFPRO) ou MSA pour les résidents vendéens :   

Copie des 3 pages du carnet de vaccinations (même si vierges) dont maladies contagieuses :