

# Fiche inscription Base de Loisirs été 2020

Nom de l'enfant : .....

Prénom : .....

Age : .....

## Lundi 06 juillet au Vendredi 10 juillet

**Stage 1: Kayak** de 8 à 12 ans (5 jours ) la journée

**Stage 1: Tir à l'arc** de 9 à 17 ans (5 jours ) le matin

**Stage 1: Loisirs Sports Détente** de 9 à 17 ans (5 jours )  
la journée

## Lundi 27 juillet au Vendredi 31 juillet

**Stage 4: Kayak** de 12 à 17 ans (5 jours ) la journée

**Stage 4: Tir à l'arc** de 9 à 17 ans (5 jours ) le matin

**Stage 4: Loisirs Sports Détente** de 9 à 17 ans (5 jours )  
la journée

## Mercredi 15 juillet au vendredi 17 juillet

**Stage 2: Kayak** de 12 à 17 ans (3 jours )la journée

**Stage 2: Tir à l'arc** de 9 à 17 ans (3 jours ) le matin

**Stage 2: Loisirs Sports Détente** de 9 à 17 ans (3 jours )  
la journée

## Lundi 03 août au Vendredi 07 août

**Stage 5: Kayak** de 12 à 17 ans (5 jours )la journée

**Stage 5: Tir à l'arc** de 9 à 17 ans (5 jours ) le matin

**Stage 5: Loisirs Sports Détente** de 09 à 17ans (5 jours )  
la journée

## Lundi 20 juillet au Vendredi 24 juillet

**Stage 3: Kayak** de 8 à 12 ans (5 jours ) la journée

**Stage 3: Tir à l'arc** de 9 à 17 ans (5 jours ) le matin

**Stage 3: Loisirs Sports Détente** de 9 à 17 ans (5 jours )  
la journée

Mr ou Mme ....., responsable  
légal de l'enfant ....., souhaite  
l'inscrire aux activités de la Base de Loisirs pour l'été  
2020.

Date :

Signature :

<b>Tarifs</b>	Stage Kayak	Stage Tir à l'Arc	Stage Loisirs Sports Détente
<b>St Paul-lès-Dax</b> avec Bons CAF** (Tarif 1)	30 € (stage 2) 50 € (stage 1, 3, 4, 5)	8 € (stage 2) 12 € (stage 1, 3, 4, 5)	40 € (stage 2) 65 € (stage 1, 3, 4, 5)
<b>St Paul-lès-Dax</b> avec Bons CAF** (Tarif 2)	33 € (stage 2) 55 € (stage 1, 3, 4, 5)	10 € (stage 2 ) 15 € (stage 1,3,4,5)	45 € (stage 2) 70 € (stage 1, 3, 4, 5)
<b>St Paul-lès-Dax</b> sans Bons CAF	50 € (stage 2) 80 € (stage 1, 3, 4, 5)	15 € (stage 2) 20 € (stage 1,3,4,5)	60 € (stage 2) 100€ (stage 1, 3, 4, 5)
<b>CAGD*</b> avec Bons CAF** (Tarif 1)	33 € (stage 2) 55 € (stage 1, 3, 4, 5)	12 € (stage 2 ) 15 € (stage 1,3,4,5)	50 € (stage 2) 75 € (stage 1, 3, 4, 5)
<b>CAGD*</b> avec Bons CAF** (Tarif 2)	36 € (stage 2) 60 € stage 1, 3, 4, 5)	15 € (stage 2 ) 18 € (stage 1,3,4,5)	55 € (stage 2) 80 € (stage 1, 3, 4, 5)
<b>CAGD*</b> sans Bons CAF	55 € (stage 2) 90 € (stage 1, 3, 4, 5)	18 € (stage 2) 30 € (stage 1,3,4,5)	78 € (stage 2) 130 € (stage 1, 3, 4, 5)
<b>Extérieurs CAGD*</b>	60 € (stage 2) 100 € (stage 1, 3, 4, 5)	20 € (stage 2 ) 35 € (stage 1,3,4,5)	78 € (stage 2) 130€ (stage 1,3,4 ,5)

### Règlement:

Montant à régler

.....

Montant adhésion :  
(si non adhérent au foyer)

.....

### Paiement :

Chèque

Espèces

**CAGD\*** : Angoumé, Benesse  
lès Dax, Gourbera, Herm,  
Heugas, Méès, Narrosse,  
Oeyreluy, Rivière-Saas-et-  
gourby, St Pandelon, St Paul  
lès Dax, St Vincent de Paul,  
Sagnac et cambran,  
Seyresse, Siest, Terçis les  
Bains, Téthieu.

### Bénéficiaire CAF \*\*:

**Tarif 1 :** QF < 449 €


**Tarif 2 :** 449 < QF < 723


**Joindre carte d'identité  
vacances Caf**


# FICHE ENFANT

Nom du Responsable de famille : ..... Prénom : .....

N° de Sécurité sociale : .....

Adresse précise : .....  domicile : .....

.....  portable Mr : .....


Code postal : ..... Ville : .....  portable Mme : .....

Email : ..... Envoyer les courriers par mail ? Oui  Non

Numéro allocataire CAF: ..... Je possède la carte d'identité vacances Oui  Non

Nom de l'enfant : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : masculin  féminin

Médecin traitant : .....  : .....

Avez-vous une mutuelle ? OUI  NON  si oui Nom : .....

Nous vous recommandons de souscrire à une assurance individuelle pour la couverture de votre enfant en cas d'accident

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	
	DATE
1er vaccin	
revaccination	

ANTIVARIOLIQUE	
	DATE
1er vaccin	
revaccination	

Précisez s'il s'agit	VACCINATIONS	DATE
	du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio	

AUTRES VACCINS	
vaccins pratiqués	DATE

INJECTIONS DE SERUM	
NATURE	DATE

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? .....

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes :		
ROUGEOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ASTHME Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	RUBÉOLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
OTITES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	COQUELUCHE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	OREILLONS Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
VARICELLE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	ANGINES Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladies, accidents, crises, allergies, hospitalisations, opérations...) EN PRÉCISANT les dates :	

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés ci-dessus et autorise le responsable de la Base de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations ...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date : .....

Signature :