Lunel agglo UNE TERRE DE LIENS | Service Enfance

# MOM'EN'SEJOUR

# RESERVATION SEJOUR SKI

## Du lundi 02 au vendredi 06 mars 2026

| Cadre réservé à l'administration | |
|---|---|
| Règlement | ☐ |
| Vaccins | ☐ |
| Livret de famille | ☐ |
| Fiche sanitaire | ☐ |
| Droit à l'image | |
| Autorisation parentale (activités) | ☐ |

*Les informations renseignées dans ce formulaire sont nécessaires et indispensables au traitement de l'inscription de votre enfant pour la période de séjour ci-dessus mentionnée. Seules les personnes habilitées à traiter certaines informations en seront destinataires notamment : l'ensemble des données par notre service administratif. Il est à compléter et à retourner joint d'une fiche santé.*
*Pour toute demande relative aux données renseignées : enfance@lunelagglo.fr*

## ENFANT

Nom/Prénom :_____ Fille ❑ Garçon ❑

Date de naissance : _____ Âge : _____

Régime sans porc Non ❑ Oui ❑

Existe-t-il un PAI Non ❑ Alimentaire ❑ Médical ❑

| | REPRESENTANT 1 | REPRESENTANT 2 |
|---|---|---|
| Nom Prénom | | |
| Adresse | | |
| CP / Ville | | |
| Téléphone personnel | | |
| Téléphone travail | | |
| Mail | | |

CAF 34 ❑ CAF 30 ❑ MSA ❑ Autre ❑ N° Allocataire : _____

**Assurance Responsabilité Civile (RC)**

Nom de la compagnie _____ n° police _____

Adresse du siège _____ CP/COMMUNE_____

**Nom du Médecin de famille,**_____

Commune _____ Tél. : _____

Ce document est confidentiel. Il est la propriété exclusive de la Communauté d'agglomération Lunel agglo

## Note d'informations

Une réunion à destination des familles est organisée le **mardi 17 février 2026 à 18h30**, à la salle R. Valette 151 avenue G. Péri, 34400 SAINT JUST.

Animée par le directeur, elle consiste à exposer l'organisation générale du séjour :

- ➔ voyage
- ➔ lieu du séjour
- ➔ les activités prévues
- ➔ la restauration
- ➔ la vie quotidienne
- ➔ répondre aux différentes questions des parents/ enfants

La signature de ce formulaire de réservation

- Vaut acceptation du paiement **d'un acompte de 60€** à la réservation. Le solde devra être versé au plus tard le jour de la réunion famille soit le **17 février 2026**
- Aucun remboursement ne sera effectué sauf cas particulier (cf délibération du 13/12/2022)
- vaut Adhésion au règlement de fonctionnement (nous vous invitons vivement à lire le règlement de fonctionnement que vous pouvez trouver sur le site internet *lunelagglo.fr > vivre ici > enfance > accueils de loisirs*)
- implique la participation de votre enfant à toutes les activités
- autorise le directeur du séjour à prendre les mesures nécessaires en cas de maladie/ accident

**Exception** pour les familles bénéficiaires des ATL CAF pour l'année 2026 :

- Le paiement **du solde** des frais du séjour sera confirmé une fois le montant des droits actualisés par la CAF, porté à la connaissance de Lunel Agglo.

À Lunel, le _____2026
Signature précédée de « bon pour accord »

**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION- SERVICE ENFANCE**

**Réservation enregistrée par**_____ **le**_____

QUOTIENT FAMILIAL : TRANCHE :

TARIF DU SEJOUR : ACOMPTE : MONTANT DES AIDES : SOLDE :

MODE DE PAIEMENT : ❒ Chèque n° _____ ❒ Espèce ❒ CESU ❒ ANCV

Précisions :

**Communauté d'agglomération Lunel agglo**
**Service enfance**
386 avenue des Abrivados - 34400 Lunel
Tél. 04 67 83 45 47

# FICHE DE SANTE 2026

MÔMENSEJOURS

DOCUMENT CONFIDENTIEL

## DATE DU SEJOUR

**Du 02 mars au 06 mars 2026**

NOM DE l'ENFANT : _____

PRENOM : _____

DATE DE NAISSANCE : …… /……/……

SEXE M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (*arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en accueil de loisirs)*. Elle est à remplir et à retourner signée obligatoirement 8 jours avant le départ du séjour.

## 1- VACCINATION (*Se référer au carnet de santé/certificats de vaccinations et en fournir la copie)*

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | OUI | NON |
|---|---|---|
| Diphtérie/ Tetanos/ Poliomyélite (DTP) | | |
| VACCINS RECOMMANDES | OUI | NON |
| Coqueluche | | |
| Haemophilus | | |
| Rubéole-Oreillons-Rougeole (ROR) | | |
| Hépatite B | | |
| Pneumocoque | | |
| BCG | | |
| Autres (préciser) | | |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier (1) ? ☐ Non ☐ Sans porc

Votre enfant suit-il un traitement médical durant le séjour ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une ordonnance récente avec les médicaments correspondants (boites d'emballages d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice. Dans le cas contraire, aucun médicament ne pourra être administré.

Votre enfant présente-t-il des allergies :

| | | |
|---|---|---|
| ALIMENTAIRES | ☐ oui | ☐ non |
| MEDICAMENTEUSES | ☐ oui | ☐ non |
| AUTRES (animaux, pollen) | ☐ oui | ☐ non |

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

*Ce document est confidentiel. Il est la propriété de la Communauté d'agglomération Lunel Agglo*

Le mineur présente-t-il un problème de santé ☐ oui ☐ non
Si oui, veuillez préciser _____
_____
_____

**2- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.

_____
_____
_____

***3- RESPONSABLES DU MINEUR***

**Responsable n°1**
Nom _____Prénom : _____

Adresse :_____

CP/ commune_____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

**Responsable n°2 :**
Nom _____Prénom : _____

Adresse :_____

CP/ commune_____

Téléphone domicile : _____

Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____

**MEDECIN TRAITANT**

Nom : _____

Téléphone : _____

Je soussigné(e)_____, responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire

J'ai, par ailleurs, pris note que les responsables de l'accueil de loisirs peuvent prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

(1) : Le seul régime pris en compte par la Communauté d'agglomération Lunel Agglo est le régime **sans porc**

Date : Signature (lu et approuvé)

*Ce document est confidentiel. Il est la propriété de la Communauté d'agglomération Lunel Agglo*

Lunel agglo UNE TERRE DE LIENS | Service Enfance

# CONSENTEMENTS
## SEJOURS 2026

**Nous vous rappelons que vous pouvez retirer votre consentement à tout moment et exercer vos droits**, en vous adressant par courriel à dpo@lunelagglo.fr ou auprès de l'accueil du service enfance, accompagné d'une carte d'identité.

De même, vous bénéficiez des droits d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de vos données, ou encore d'une limitation du traitement de celles-ci. Vous pouvez aussi porter toute réclamation auprès de la CNIL.

Le responsable de traitement de vos Données Personnelles est la Communauté d'agglomération Lunel agglo.

### ⇨ CONCERNANT LES DOCUMENTS FINANCIERS

❑ **OUI, je consens** à ce que le Service Enfance traite les données relatives à mon/mes dernier(s) avis d'imposition et mes autres attestations financières (CAF) **pour me permettre de bénéficier de la tranche de tarification correspondante à ma situation et accepte le paiement des frais correspondant à mes droits.**

❑ **NON, je ne consens pas** à ce que le Service Enfance traite mes données relatives à mon/mes dernier(s) avis d'imposition et mes autres attestations financières (CAF) pour me permettre de bénéficier de la tranche de tarification correspondante à ma situation. **Je me verrai donc appliquer la tarification pleine, la plus élevé**

### ⇨ CONCERNANT LA PRISE DE VUE ET L'UTILISATION DE L'IMAGE DE MON ENFANT

**Je consens à la prise de vue et l'utilisation de l'image de mon enfant par le service** concerné

| | | |
|---|---|---|
| Afin que les membres de l'équipe puissent l'utiliser à des fins pédagogiques et ludiques | oui | non |
| Afin de le reconnaitre, de l'appeler plus rapidement par son prénom et ainsi faciliter son intégration | oui | non |
| Afin d'être utilisée sur des supports de communication de la CC du Pays de Lunel (Facebook/ youtube) ou de la presse locale | oui | non |

A_____,

le_____ *Signature avec la mention « Lu et Approuvé »*