Conditions Générales

Chères familles,

C'est avec un très grand plaisir que nous accueillons votre enfant au sein de nos activités, et pour ce faire dans les meilleures conditions, nous vous invitons à prendre connaissance des documents ci-joints.

- ***Les conditions générales ainsi que celles spécifiques au séjour*** (pages 1 et 2 à lire et conserver).
- ***Le dossier annuel de votre enfant ainsi que la fiche sanitaire*** (pages 3 et 4 à compléter et nous retourner)

Afin de garantir l'inscription de votre enfant, il est impératif de nous fournir un dossier complet, ainsi que le règlement. Un dossier par enfant lors de sa 1ère inscription au cours de l'année civile.

Du mardi 15 au dimanche 20 juillet 2025, soit 6 jours et 5 nuits au centre sportif de Bellecin
Départ et retour devant le complexe au 3 chemin des Torcols à Besançon. Trajets en mini bus.

- Le départ mardi 15 juillet : rendez-vous entre 8h et 9h maximum.
- Le retour dimanche 20 juillet : rendez-vous entre 16h et 17h00.

Quotient Familial (QF) CAF ou MSA du Doubs	Tarifs du séjour
0 - 1159	290 €
1160 - 1999	320 €
2000 - 9999	350 €

Nos tarifs sont calculés en fonction du quotient familial établi par la CAF. N'oubliez pas de renseigner votre numéro d'allocataire dans le dossier annuel. Des frais d'adhésion de 10 € par famille vous seront demandés lors de la 1ère inscription dans l'année civile.

Les aides financières possibles sont les suivantes (aides cumulables, nous consulter pour les détails)

- Tickets loisirs séjour de la ville de Besançon (de 12 € à 42 € d'aide selon QF pour habitants de Besançon)
- Aides de la Jeunesse en plein air (aide variables selon QF pour habitants du Doubs)

Remboursement si annulation par la famille 7 jours ouvrés minimum précédents l'accueil de votre enfant, ou pour raison médicale imprévue (maladie ou accident) et sous réserve de présentation d'un certificat médical ; si annulation complète de l'action par l'association.

Lors des repas, nous veillons aux bons apports nutritionnels nécessaires, abordant ainsi la notion de sport santé avec les enfants. Ils seront faits sur place avec le matériel de l'association, par l'équipe d'animation, avec la participation des enfants. Les menus seront élaborer en amont du séjour et revus sur place avec les enfants.

Pour plus de renseignements n'hésitez pas à nous contacter par mail ***contact@vesontiosportsvacances.com*** ou par téléphone ***06.33.66.83.08***, puis à nous rencontrer à nos bureaux du 14 rue violet, Espace associatif Simone de Beauvoir, 25000 Besançon.

Les conditions d'accès aux inscriptions

- Etre âgé de 11 ans (collégien) à 17 ans.
- Savoir nager et fournir diplôme de natation ou test d'aisance aquatique (voir en piscine municipale).

Lors de l'inscription de votre enfant sur nos activités, vous vous engagez à

- Certifier exacts les renseignements portés sur son dossier et sa fiche sanitaire.
- Autoriser votre enfant à participer aux différentes activités proposées et à utiliser les transports jugés utiles.
- Autoriser l'association à prendre toutes les mesures nécessaires pour mon enfant en cas d'urgence médicale.
- Autoriser l'association aux droits à l'image, son et écrit de mon enfant, exclusivement dans le cadre de ses activités.
- Dégager l'association de toute responsabilité en cas de vol ou de perte d'objets personnels (téléphone, bijoux,...).
- Dégager l'association de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après l'accueil.
- Avoir souscrit un contrat d'assurance responsabilité civile à son égard.

Trousseau du séjour

Pas de machine à laver sur place, logement sous tente de 2 ou 3 places non mixtes fournies par l'association.

Affaires obligatoires	
Draps ou Sac de couchage	Pièce d'identité
Matelas gonflable 1 place	Carnet de santé
Oreiller avec taie	Sous-vêtements
Chaussures (UTILISABLES DANS L'EAU)	Paires de chaussettes
Chaussures confortable	T-shirts
Trousse de toilette (shampooing, gel douche, dentifrice, brosse à dents, crème solaire...)	Pull léger
	Shorts
Serviettes de toilette	Maillot de bain/Bermuda
Casquette ou chapeau	Manteau imperméable ou K-way
Gourde	Lunettes de soleil
Affaires conseillées	
Pyjamas	Baume à lèvres (marqué au nom de l'enfant)
Pull chaud	Gants de toilettes
Sac à linge sale	Drap de bain (piscine/plage)
Jogging ou pantalon confortable	Sac à dos de balade

En cas de traitement médical joindre obligatoirement la boite d'origine ainsi que l'ordonnance.

Argent de poche : (25 € maximum). **En petit matériel utile** : lampe de poche, jeux de société, livres, stylo et papier. **Interdits** : couteaux, briquets, allumettes, cigarettes, alcool, ordinateur et tout autre matériel interdit aux mineurs.

Ne pas emporter des objets ou habits de valeur. Nous ne pourrions être tenu responsable de la perte d'objets de valeur (téléphone portable, bijoux…).

Dossier enfant 2025

Champs marqués d'une (*) à renseigner obligatoirement

Renseignements concernant l'enfant :

Nom* : …… Prénom* : …… Fille ☐ Garçon ☐

Date de naissance* : …… Age* : …… Ecole : ……

Renseignements concernant le responsable légal de l'enfant :

Nom* : …… Prénom* : …… Profession : ……

Adresse* : ……

Code Postal* : …… Ville* : …… Quartier*(si Bisontin): ……

Adresse mail* : ……

N° Téléphone 1* : …… N° Téléphone 2 : ……

J'autorise mon enfant à rentrer seul* : Oui ☐ Non ☐

Allocataire CAF ou MSA du DOUBS, merci de renseigner (Si non renseigné facturation au quotient le plus élevé)

Numéro allocataire * : …… **Quotient familial** : ……

Personnes à contacter en cas d'absence du responsable légal et autorisées à reprendre mon enfant (à condition de fournir une pièce d'identité) :

Nom, prénom et lien familial : …… Tél : ……

Nom, prénom et lien familial : …… Tél : ……

Remarque :

Je soussigné (e),…… certifie avoir pris connaissance de l'intégralité de ce document et d'accepter les conditions générales et spécifiques.

Date : **Signature :**

FICHE SANITAIRE DE L'ENFANT année 2025	
Nom et prénom :	*Date de naissance et âge :*
Nom, prénom et numéro du médecin traitant :	

- **Vaccinations** (se référer au carnet de santé pour remplissage). **Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication**.

☐ Mon enfant est né avant le 1er janvier 2018 et j'atteste par la présente qu'il est à jour de ses vaccins obligatoires (Diphtérie + Tétanos + Poliomyélite Ou DT Polio) *+ joindre une photocopie lisible et nominative du carnet de vaccinations.*

☐ Mon enfant est né après le 1er janvier 2018 et j'atteste par la présente qu'il est à jour de ses vaccins obligatoires (Précédents + Coqueluche + Haemophilus influenzae de type b + Hépatite B + Pneumocoque + Méningocoque de type C + ROR) *+ joindre une photocopie lisible et nominative du carnet de vaccinations.*

- **Renseignements médicaux**

L'enfant suit un traitement actuellement ? ☐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 Oui ☐ Non☐	Varicelle Oui ☐ Non ☐	Angine Oui ☐ Non ☐	Oreillons Oui ☐ Non ☐	Scarlatine Oui ☐ Non ☐
Coqueluche Oui☐ Non☐	Otite Oui ☐ Non ☐	Rougeole Oui ☐ Non ☐	Rhumatisme articulaire aigu Oui ☐ Non ☐	

- **Les allergies**, leurs causes et joindre les protocoles à suivre (signaler toute automédication) : ……

- **Recommandations utiles des parents :** Indiquez ici toutes informations importantes d'antécédents médicaux (maladie, accident, crises convulsives, opération, hospitalisation, rééducation…) ou d'éléments d'assistance corrective portés par votre enfant (lentilles, lunettes, prothèses auditives…): ……

- **Si votre enfant est porteur d'un handicap :** Mentionnez-le-nous lors des premiers échanges, des solutions adaptées à chacun peuvent être mises en place avec notre réseau de partenaires spécialisés, ou grâce aux compétences de nos équipes.

Je soussigné(e) …….responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements de cette fiche et autorise le responsable de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation ou autres).

Date : **Signature :**