



FICHE D'INSCRIPTION
SÉJOUR PRINTEMPS 2026 – LES P'TITS CAVALIERS 7-9 ans

Dossier à remettre impérativement complet
au Centre de Facturation Unique, 12 rue Ampère - 21110 GENLIS

INSCRIPTIONS PAR COURRIEL le samedi 24 janvier 2026 à partir de 9h00



Toutes les rubriques doivent être soigneusement complétées. L'inscription ne sera définitive qu'une fois le dossier complet. Le nombre de places étant limité, seuls les premiers dossiers complets seront retenus.

PARTICIPANT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Sexe : F ☐ M ☐ Date de naissance : ____/____/____

Casque personnel ☐ si non, taille S ☐ ou M ☐

RESPONSABLE LÉGAL 1

Qualité (père, mère...) : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Adresse : _____

Téléphone portable : _____ Domicile : _____

Téléphone Travail : _____

RESPONSABLE LÉGAL 2

Qualité (père, mère...) : _____

NOM : _____ PRÉNOM : _____

Adresse : _____

Téléphone portable : _____ Domicile : _____

Téléphone Travail : _____

Personnes à contacter en cas d'urgence lors du séjour :

Adresse courriel (qui permettra de confirmer l'inscription de votre enfant dès réception de son dossier) :

_____ @ _____

Agir pour notre territoire et un avenir durable

Communauté de Communes de la Plaine Dijonnaise

12 rue Ampère | BP 53 | 21110 GENLIS

03.80.37.70.12

accueil@plainedijonnaise.fr

plainedijonnaise.fr



Autorisations de prises de vue :

- J'autorise l'équipe d'encadrement à filmer et photographier mon enfant _____ OUI ☐
_____ NON ☐
- En aucun cas ces images ne seront commercialisées.

Informations médicales :

- L'enfant a un traitement médical : OUI, avec P.A.I. ☐ OUI, sans P.A.I. ☐ NON ☐
Un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) est obligatoire pour administrer tout traitement.



LA FACTURATION

Mode de règlement choisi :

- ☐ en une seule fois (facture transmise après le séjour)
- ☐ en 4 fois sans frais par prélèvement automatique uniquement

Une majoration de 15% est appliquée aux familles ne résidant pas sur le territoire de Communauté de Communes de la Plaine Dijonnaise, conformément au règlement intérieur.

Déclaration du représentant légal

Je soussigné(e) Mr – Mme _____

Représentant(e) légal(e) de l'enfant : _____

- autorise le responsable du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin,
- autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour,
- m'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille ainsi que les frais médicaux non remboursés par la Sécurité Sociale.

Date : _____

Signature :

CADRE RÉSERVÉ AU CENTRE DE FACTURATION UNIQUE

- ☐ Dossier administratif 2025-2026 complet,
- ☐ L'attestation de droit à la sécurité social.
- ☐ Numéro d'Allocataire renseigné pour déduction de l'Aide au Temps Libre de la CAF (éventuelle).

A MINIMA 2 SEMAINES AVANT le séjour

- ☐ Le questionnaire de santé mineurs rempli et signé (disponible sur le site internet de la CCPD).
- ☐ Le PAI de l'enfant, le cas échéant.