

## Fiche de réservation ALSH « VACANCES ADOS » ETE 2026



Nom et prénom de l'enfant : .....  
Age de l'enfant : ..... Date de naissance : .....  
Nom et prénom du responsable : .....  
Adresse du responsable.....  
Téléphone du responsable : .....  
Classe et établissement scolaire de l'enfant : .....  
Mail : .....

**Rappel : être en 6<sup>ème</sup> (année scolaire 2025/2026) et avoir au moins 11ans jusqu' à 17 ans**

Merci de cocher la période souhaitée : **retour des dossiers avant le 5 juin.**

<b>Août 2026</b>		Semaine(s) réservé(es) (Case à cocher)
<b>Séjour (4 jours)</b> Lundi 3 août au vendredi 7 août <b>Semaine « Tous à l'eau »</b> Camping du lac de Sames (64) Aquapark, Toboggan géant, Baignade, Wakeboard, Paddle <b>*Réunion d'information le 2 juillet, 17h30 à la MMJ</b>	<input type="checkbox"/>	20 places disponibles
<b>ALSH (5 jours)</b> Lundi 10 août au vendredi 14 août <b>Semaine « Le plein d'Eyre »</b> Kayak, Jeux de plage, Baignades, Aquabike, Pêche à pied, Terra aventura <b>Inscription à la semaine</b>	<input type="checkbox"/>	24 places disponibles
<b>Séjour (5 jours)</b> Lundi 17 août au vendredi 21 août <b>Semaine « Charente-Maritime »</b> Camping la baie de Chant Dorat (17) Zoo de la Palmyre, Visite de Talmont, Découverte de l'agriculture, Grotte de Régulus au coucher du soleil <b>*Réunion d'information le 2 juillet, 18h15 à la MMJ</b>	<input type="checkbox"/>	20 places disponibles

*Programmation susceptible d'être modifiée en fonction des conditions météo*

Je soussigné(e) .....  
Responsable de l'enfant .....  
Souhaite réserver une place à la Maison des Jeunes aux périodes indiquées ci-dessus.

### **AUTORISATIONS**

Je soussigné .....autorise :

- **Droit à l'image** (dans le cadre des publications réseaux et affichages de la Ville). OUI / NON
- **Droit de partir seul(e)** : OUI / NON
- **Régime alimentaire** : .....
- **N°allocataire CAF** : .....
  - o Autorisation consultation CAF Partenaire pour facturation **oui**  **non**

Je suis informé(e) que toute inscription non annulée par écrit 7 jours avant le premier jour de l'animation sera facturée pour la période concernée.

**Attention : les inscriptions seront obligatoirement confirmées par mail**



Date et signature :

**A Retourner à la Maison des jeunes ou par mail : [mmj5@ville-arcachon.fr](mailto:mmj5@ville-arcachon.fr) avant le 5 juin 2026.**  
**Toute réservation reçue après cette date ne sera traitée que dans la limite des places disponibles.**

# VACANCES ADOS

## ALSH ETE 2026 – TARIFS

### SEJOUR Tous à l'eau du 3 au 7 août

QF	TARIF
<299 €	44,74 €
Entre 300 € et 499 €	73,67 €
Entre 500 € et 599 €	81,18 €
Entre 600 € et 699 €	103,88 €
Entre 700 € et 899 €	115,63 €
Entre 900 € et 1199 €	141,29 €
Entre 1200 € et 1799 €	170,46 €
Entre 1800 € et 2099 €	175,85 €
Entre 2100€ et 2399 €	206,95 €
Entre 2400€ et 2699 €	213,06 €
>2700	223,56 €

### Semaine "Le Plein d'Eyre" du 10 au 14 août

QF	TARIF
<299 €	23,10 €
Entre 300 € et 499 €	37,90 €
Entre 500 € et 599 €	43,65 €
Entre 600 € et 699 €	51,70 €
Entre 700 € et 899 €	61,10 €
Entre 900 € et 1199 €	70,00 €
Entre 1200 € et 1799 €	88,05 €
Entre 1800 € et 2099 €	89,05 €
Entre 2100€ et 2399 €	106,60 €
Entre 2400€ et 2699 €	109,55 €
>2700	114,80 €

### SEJOUR Charente Maritime du 17 au 21 août

QF	TARIF
<299 €	43,02
Entre 300 € et 499 €	70,83
Entre 500 € et 599 €	78,21
Entre 600 € et 699 €	99,75
Entre 700 € et 899 €	112,36
Entre 900 € et 1199 €	135,65
Entre 1200 € et 1799 €	163,93
Entre 1800 € et 2099 €	168,97
Entre 2100€ et 2399 €	199,01
Entre 2400€ et 2699 €	204,86
>2700	214,95

## Documents obligatoires à joindre à la fiche d'inscription



1.  Fiche d'Inscription
2.  Fiche sanitaire (jointe) remplie et signée (valable 1 an)
3.  Copie du carnet de vaccination
4.  Attestation mentionnant que vous n'êtes pas en congés durant la(es) semaine(s) demandées pour votre (vos) enfant(s). Pour les 2 parents.
5.  Attestation sécurité sociale (du parent qui couvre l'enfant) en cours de validité
6.  Attestation d'assurance scolaire ou responsabilité civile mentionnant le nom de l'enfant en cours de validité.
7. Certificat médical mentionnant :
  - été / Automne / Printemps:
    - Sports aquatiques
    - Plongée
  - Hiver :
    - ski
    - Sports d'Hiver
8.  N° d'allocataire avec Quotient familial (en cas de non prestation CAF fournir le dernier avis d'imposition)
9.  Attestation d'Aisance aquatique scolaire (Savoir Nager) ou brevet de natation 50m
10.  PAI en cours si l'enfant est concerné par le dispositif

*Astuces : Lors de votre 1<sup>er</sup> rendez-vous chez le médecin, favoriser les mentions complètes, hiver et été demandées. Le certificat sera valable 3 ans (hors plongée, à renouveler tous les ans si l'activité est pratiquée. Décret n°2023-253 du 31 août 2023)*

Pour les jeunes précédemment inscrits, merci de nous fournir le document 3 (en cas de nouveaux vaccins)  
– 6 - 8

Attention : Chaque document daté doit être de nouveau fourni une fois l'échéance dépassée.

**Aucune inscription ne sera acceptée sans le dossier complet.**



<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b> <b>Année scolaire 2025/2026</b> Fiche à renouveler chaque année scolaire	<b>L'ENFANT</b> NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____
--	---

**1 – VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

**2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? 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.**

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME                      oui  non                       MEDICAMENTEUSES                      oui  non

AUTRES .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

.....

.....

.....

**REGIME ALIMENTAIRE :** Sans porc                       Végétarien(ne)                       autre, préciser  .....

**ALLERGIES :** ALIMENTAIRES                      oui  non

Si oui :                      Lactose                       Fruits coque                       Arachides

Autre  Précisez : .....

**PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR**

.....  
.....  
.....  
.....

Je soussigné ..... autorise :

- l'assistant sanitaire à donner .....mg de Doliprane et Spasfon à mon fils/ma fille  
.....  
en cas de fièvre ou de douleur            OUI             NON
- Droit à l'image (dans le cadre des publications de la Ville).            OUI             NON
- Droit de partir seul(e) :            OUI             NON

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

.....  
.....  
.....

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

.....  
.....  
.....

**4 -RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussignée, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.*

Date :

Signature :

.....  
.....

# AOÛT 2026

Du 3 Août au 21 août

Lundi 3 août au vendredi 7 août  
Semaine  
« Tous à l'eau »

**Camping du lac de Sames  
(64)**

Aquapark  
Toboggan géant  
Baignade  
Wakeboard  
Paddle

**Séjour 4 jours  
(Du 4 au 7/08)**  
**20 places**

Lundi 10 août au jeudi 14 août  
Semaine  
« Le plein d'Eyre »

**Kayak  
Plage Arcachon et Maguide**

Baignades  
Aquabike  
Pêche à pied  
Terra aventura

**ALSH MJ**  
**24 places**  
**9h à 17h**

Lundi 17 août au vendredi 21 août  
Semaine  
« Charente-Maritime »

**Camping la baie de Chant  
Dorat (17)**

Zoo de la Palmyre  
Visite de Talmont  
Découverte de l'agriculture  
Grotte de Régulus au coucher du  
soleil

**Séjour 5 jours**  
**20 places**

Programmation susceptible d'être modifiée en fonction des conditions météo  
Horaires 9h – 18h

11 ans (6<sup>ème</sup>)  
à 17 ans,  
Inscriptions du  
11/05/2026 au  
5/06/2026  
Nombre de places  
limité  
Secrétariat 9h-17h  
05 57 72 71 05  
mmj5@ville-  
arcachon.fr

