



TROUSSEAU
Séjour COCICO 2025
Du 17 au 24 août 2025

Contenu pour 7jours	Conseillé*	Dans la valise	A l'arrivée	Au départ
Slips/culottes	8			
Paires de chaussettes	8			
Pyjama	2			
Pantalon / short	8			
Legging / survêtement pour le poney et le cirque	3			
Tee-shirt	8			
Pull / gilet	2			
Veste de pluie	1			
Paire de bottes (pour le cheval)	1			
Paire de Basket	1			
Chaussure d'eau (tong) Pour la piscine	1			
Paire de chausson	1			
Paire de rythmique pour le cirque	1			
Serviette de toilette	3			
Serviette de piscine	2			
Maillot de bain	2			
Trousse de toilette (brosse à dent, dentifrice, gel douche, shampoing, brosse, mouchoirs)	1			
Casquette	1			
Lunette de soleil	1			
Crème solaire	1			
Doudou (si besoin)	1			
Sac à dos (Pour le bus et les balades)	1			
Sac à linge sale	1			
Tenue de boom complète	1			
Tenue de retour complète	1			
Argent de poche				

Merci de noter le nom de l'enfant sur toutes les affaires de votre enfant

Merci de votre compréhension



FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU SÉJOUR COCICO 2025

Du 17 au 24 août 2025 – pour les enfants de 6 à 11 ans

Organisé par la municipalité de Vert-le-Petit, en partenariat avec Vert-le-Grand.

Dossier d'inscription

Le dossier complet doit être retourné **au plus tard le 20 juin 2025** par mail à : periscolaire@vertlepetit.fr ou déposé en mairie.

1. Informations sur l'enfant

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : ____ / ____ / ____
- Âge au moment du séjour : _____ ans
- Adresse : _____

2. Responsable(s) légal(aux)

- Nom et prénom : _____
 - Lien avec l'enfant : _____
 - Téléphone (portable) : _____
 - E-mail : _____
 - Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____
-

3. Tarification

Le tarif du séjour est à **partir de 350 €**, ajusté selon votre **quotient familial 2025**.
Le paiement est réparti en **2 fois**, sur les factures de **juin et juillet**.

- **Quotient familial CAF** : _____

QF	Tarif/enfant (€)
QF1	350
QF2	383
QF3	416
QF4	450
QF5	483
QF6	516
QF7	550
QFEXT	698

- Souhaitez-vous un échelonnement du paiement ? Oui Non
-

4. Autorisations

- Je soussigné(e), responsable légal(e), autorise mon enfant à participer au séjour Cocico du 17 au 24 août 2025 :
 Oui Non
 - J'autorise les responsables du séjour à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures médicales nécessaires :
 Oui Non
 - J'autorise la prise de photos de mon enfant à des fins municipales (journal, site internet, etc.) :
 Oui Non
-

5. Réunion d'information

- Je participerai à la réunion du **11 juin à 18h30**, 27 rue de la Poste à Vert-le-Grand.
-

6. Pièces à fournir obligatoirement avec ce formulaire :

- Fiche sanitaire de liaison**
- Photocopie du carnet de vaccination à jour**
- Attestation de quotient familial CAF ou avis d'imposition 2024**

Attestation responsabilité civile

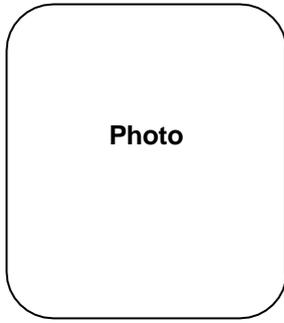
7. Effets personnels à prévoir

Tous les vêtements doivent être **étiquetés au nom de l'enfant**.

Vous trouverez en pièce jointe le trousseau pour le séjour.

Date : ____ / ____ / ____

Signature du représentant légal : _____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

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

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....
.....
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.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4-RESPONSABLES DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM

ADRESSE.....

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

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

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

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

Je soussignée, responsable(s) légal(légaux) 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 :