



# Séjour

CM2

DU 14 AU 21 FÉVRIER 2026

# neige



**ALBIEZ MONTROND**

1500m d'altitude

8 jours / 7 nuits

CM2 uniquement

**Pour inscrire votre enfant :**

Téléchargement des dossiers sur [www.wavrin.fr](http://www.wavrin.fr)

Inscriptions en mairie du 11 au 28 octobre 2025

*Coup de pouce mairie ! Prêt de combinaisons/masques  
( dans la limite des stocks disponibles )*



**Uniquement pour les enfants en classe de CM2**

## DATES DU SEJOUR

→ Du samedi 14 au samedi 21 février 2026

**Obligation d'inscription aux nuitées**

*Le séjour est basé dans la station d'Albiez Montrond, en Savoie. Des activités sont prévues chaque jour.*

<b>FAMILLE D'ACCUEIL</b>	<input type="checkbox"/> à cocher si vous êtes concerné(e)	Fournir obligatoirement votre attestation d'accueil
--------------------------	--	---

<b>REPRÉSENTANT 1</b>	<b>(tous les champs sont à compléter)</b>	
Ce sera cette personne qui sera facturée		
<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	
NOM de jeune fille		
Date de naissance		
Adresse du domicile		
Lien de parenté	<input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> belle-mère <input type="checkbox"/> beau-père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> tutrice <input type="checkbox"/> autre	
Situation familiale	<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve)	
Tél personnel	Tél portable	
Mail		
Profession	Tél professionnel	

<b>REPRÉSENTANT 2</b>	<b>(tous les champs sont à compléter)</b>	
<b>NOM</b>	<b>PRENOM</b>	
NOM de jeune fille		
Date de naissance		
Adresse du domicile		
Lien de parenté	<input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> belle-mère <input type="checkbox"/> beau-père <input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> tutrice <input type="checkbox"/> autre	
Situation familiale	<input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> vie maritale <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve)	
Tél personnel	Tél portable	
Mail		
Profession	Tél professionnel	

<b>ALLOCATIONS FAMILIALES</b>	<b>N° d'allocataire</b>	
Joindre obligatoirement l'attestation de paiement CAF datant de moins de 3 mois		
Si vous n'en percevez pas, cochez cette case <input type="checkbox"/>		

<b>INFORMATIONS IMPORTANTES</b>
<b>A déposer en mairie du samedi 11 octobre au mardi 28 octobre 2025</b> aux horaires d'ouverture au public (mardi, mercredi, vendredi entre 8h et 12h /15h à 17h30 – jeudi entre 8h et 12h – samedi entre 8h et 12h15)
A compléter lisiblement
Les transmissions par mail ou dans la boîte aux lettres ne seront pas traitées
Tout dossier incomplet sera refusé



**FICHE ENFANT (tous les champs sont à compléter)****NOM :****PRENOM :**

Date de naissance :

Sexe : ☐ fille ☐ garçon

Poids :

Pointure :

Représentant légal de l'enfant : ☐ représentant 1 ☐ représentant 2**ÉCOLE FRÉQUENTÉE POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2025-2026**☐ Anne Frank☐ Immaculée Conception☐ Autre**RÉGIME ALIMENTAIRE SPÉCIAL**☐ Végétarien☐ Sans Porc

ALLERGIE ALIMENTAIRE (sur certificat médical)

**MÉDECIN TRAITANT**

Nom et prénom :

Adresse du médecin :

Téléphone du médecin :

**PRÉFÉRENCE DU COURS** (au vu de l'ensemble des inscriptions)☐ Ski☐ Snowboard**NIVEAU DE SKI**☐ grand débutant ☐ a pratiqué 1 ou 2 fois☐ maîtrise (2 ou 3 étoiles) ☐ perfectionné**SOUHAIT DE PRÊT DE MATÉRIEL** (dans la limite des stocks disponibles)☐ Combinaison☐ Masque☐ Gants**MALADIE**

La municipalité se réserve le droit (même le jour du départ) de ne pas prendre un enfant en cas de maladie contagieuse

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Le ou les soussignés .....  
représentant(s) légal(aux) de l'enfant mentionné précédemment, déclare(nt) exacts les renseignements portés sur ce dossier et notamment les informations médicales.

☐ **autorise(nt)** l'organisateur du séjour à prendre les dispositions nécessaires à prodiguer en cas d'accident (hospitalisation, médecin, pompiers, ...).

☐ **autorise(nt)** l'organisateur du séjour et/ou la ville de Wavrin à prendre en photo ou vidéo mon (notre) enfant dans le cadre de ses activités pour une utilisation destinée aux supports de communication (site internet, réseaux sociaux de la commune, Wavr'infos) pour une durée d'utilisation de maximum 10 ans pour la diffusion en ligne.

☐ **n'autorise(nt) pas** l'organisateur du séjour et/ou la ville de Wavrin à prendre en photo ou vidéo mon (notre) enfant dans le cadre de ses activités pour une utilisation destinée aux supports de communication (site internet, réseaux sociaux de la commune, Wavr'infos) (auquel cas, un floutage de tout élément permettant d'identifier votre enfant sera fait pour préserver son anonymat).

Fait à ..... le.....

Lu et approuvé

Nom(s) et prénom(s)

### FAMILLES NE DISPOSANT PAS D'UN ACCÈS AU PORTAIL FAMILLE OU DONT LE DOSSIER FAMILIAL UNIQUE (DFU) N'EST PAS A JOUR

#### PIÈCES OBLIGATOIRES A JOINDRE

En l'absence d'avis d'imposition et d'attestation CAF ou MSA remis dans les délais, le tarif maximum vous sera appliqué

☐ Avis d'imposition **complet** 2024 sur les revenus 2023 du foyer

☐ Attestation de **paiement** CAF ou MSA datant de moins de 3 mois précisant le montant des allocations familiales perçues

(Si vous ne percevez pas de CAF, merci de cocher la case dans le cadre « allocations familiales » page 1)

*Pour rappel, l'attestation avec votre quotient CAF n'est pas valable*

☐ Fiche sanitaire de liaison **avec copie du carnet de vaccination**

Si vous demandez l'application du tarif maximum, cochez cette case ☐

### FAMILLES DISPOSANT D'UN ACCÈS AU PORTAIL FAMILLE ET DONT LE DOSSIER FAMILIAL UNIQUE (DFU) EST A JOUR

#### PIÈCES OBLIGATOIRES A JOINDRE

☐ Fiche sanitaire de liaison obligatoire spécifique pour ce séjour **avec copie du carnet de vaccination**

### TARIFICATION SÉJOUR

Le **tarif maximal wavrinois** est appliqué aux parents wavrinois

- ne présentant pas de justificatif de revenus
- mais **présentant un justificatif de domicile sur le territoire communal lors du dépôt du dossier**

Le **tarif extérieur** est appliqué aux familles

- habitant une commune extérieure à celle de Wavrin
- ou habitant à Wavrin mais refusant de justifier de leurs ressources et de leur domiciliation sur la commune.

Le **tarif « wavrinois »** est également appliqué aux enfants de propriétaires et d'exploitants des commerces de la ville, inscrits dans une classe de CM2 wavrinoise (hors artisanat et métier de santé).

Quotient Familial	Montant de la participation	Possibilité de régler en 4 fois
CCAS	16 €	S'adresser au CCAS pour instruction du dossier
de 0 à 308	94 €	4 versements de 23,50 €
de 308,01 à 500	140 €	4 versements de 35,00 €
de 500,01 à 800	187 €	4 versements de 46,75 €
de 800,01 à 1100	250 €	4 versements de 62,50 €
de 1100,01 à 1400	351 €	4 versements de 87,75 €
1400,01 et +	476 €	4 versements de 119,00 €
familles extérieures	780 €	4 versements de 195,00 €

\* participation des familles arrêtée selon un barème de calcul s'appuyant sur la détermination d'un quotient familial et d'un pourcentage appliqué au coût de revient du séjour par enfant (780 €)

$$\begin{array}{c}
 \text{* Calcul du quotient familial =} \\
 \text{Ressources mensuelles + allocations familiales} \\
 \hline
 \text{Nombre de parts fiscales}
 \end{array}$$

## RÈGLEMENT

*Inscription définitive à l'issue du paiement à réception de facture.*

### Moyens de paiement

- Aucun paiement à joindre à cette fiche.
- Une facture vous sera transmise le lundi 3 novembre 2025

### Modes de paiement acceptés

- Prélèvement automatique ou paiement en ligne (paiement en une fois)

### Auprès de la régie municipale en Mairie

(Horaires : mercredi et vendredi 8h45-11h45 et 15h00-17h15 / samedi 8h45-12h15)

- Chèque ANCV (pas de remboursement possible)
- Carte bleue (possibilité de paiement en plusieurs fois)
- Chèque (possibilité de paiement en plusieurs fois)
- Pour les règlements en 1 fois : échéance de paiement au 15 novembre 2025
- Possibilité de régler en 4 fois : uniquement si paiement par carte bleue ou par chèque avec obligation de se présenter en régie à chaque échéance

2025	novembre	avant/ou le 15 novembre 2025
	décembre	avant/ou le 6 décembre 2025
2026	janvier	avant/ou le 10 janvier 2026
	février	avant/ou le 7 février 2026

Chèque(s) à établir à l'ordre du « **RÉGISSEUR DES CLASSES DE NEIGE** »

### ANNULATION – REMBOURSEMENT

En cas d'annulation d'inscription, toute demande de remboursement ne sera possible que sur présentation d'un certificat médical 48 heures avant le départ. Il n'y a pas de possibilité de remboursement en cas de paiement par chèque ANCV.



## **AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE POUR DES PERSONNES MINEURES**

**Objet :** Autorisation de publication et de diffusion de portraits mettant en scène un ou des enfants sur le site internet de l'association concorde - soit son journal de bord en ligne.

Dans le cadre de notre association, des photos ou vidéos de votre enfant peuvent être utilisées en vue du promouvoir nos activités.

Nous sollicitons donc votre autorisation :

Je soussigné(e), Mr(Mme)....., agissant en qualité de tuteur légal sur l'enfant ou les enfants suivant(s) :

.....

- - Autorise la photographe, travaillant pour l'association CONCORDE, à prendre en photo mon enfant seul ou sur des images de groupes pendant le séjour .....
- Autorise la photographe ainsi que le directeur de l'Association CONCORDE à publier les images et les vidéos de mon enfant sur le journal de bord en ligne de l'association Concorde, soit ce site : [asso-concorde.fr](http://asso-concorde.fr) pour promouvoir ses activités dans le cadre de son séjour de vacances.
- Autorise le stockage de ces images sur le disque dur de l'association et de les utiliser à des fins promotionnelles. (plaquettes de renseignement ou éventuel montage vidéo de l'association CONCORDE)

## **ENGAGEMENT DU PHOTOGRAPHE**

Le Photographe s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation du modèle, ni d'utiliser les photographies objets de la présente autorisation sur tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable. Il s'engage à ne pas utiliser ces images à des fins commerciales ou pour promouvoir son propre intérêt personnel et la promotion de sa profession.

## **CONDITIONS DE L'ACCORD**

Le modèle marque expressément son accord sur les conditions suivantes : Il est conscient que cet accord l'engage contractuellement conformément au Code civil. Les engagements sont pris au nom de l'enfant par ses représentants légaux, tous deux signataires de la présente autorisation. Le nom de l'enfant n'apparaîtra pas sur le site internet, que ce soit sur l'image ou en légende accompagnée.

Le(s) parent(s) confirme(nt) que son (leur) autorisation est donnée en connaissance de cause sans contrepartie. Ces derniers manifestent ainsi leur intérêt et leur soutien au travail du Photographe. Il ne pourra prétendre à aucune rémunération du fait des utilisations des images réalisées.

*Fait à*

*le*



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

**Joindre obligatoirement la copie  
du carnet de vaccination**

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2023 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

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

### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant 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 administré sans ordonnance.**

**ALLERGIES : ALIMENTAIRES** ☐ oui ☐ non  
**MEDICAMENTEUSES** ☐ oui ☐ non  
**AUTRES (animaux, plantes, pollen) :** ☐ oui ☐ non  
Précisez .....

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

Le mineur présente-t-il un **problème de santé, si oui préciser** ☐ oui ☐ non

### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :