

Année  
2026



Dossier d'inscription

**V**ALENCIENNES  
**U**NIVERSITÉ  
**C**LAB

Section Vacances

Site internet :  
[www.vuc-omnisports.fr](http://www.vuc-omnisports.fr)

Page Facebook :  
"VUC Vacances"

Téléphone :  
03.27.51.12.46



## CONTACT DE VOTRE ACCUEIL DE LOISIRS

### Direction :

Madame Sophie DUSSART  
Responsable du VUC Vacances

Valenciennes Université Club  
Campus du Mont Houy  
59300 VALENCIENNES  
sophie.dussart@uphf.fr  
03.27.51.12.46 ou 06.02.54.28.37

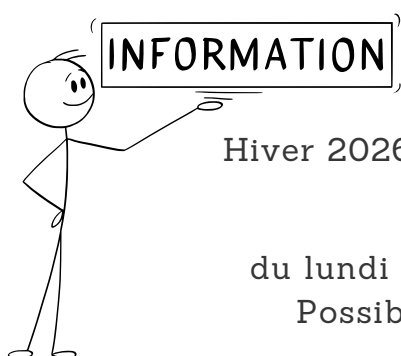
## PERMANENCES POUR LES INSCRIPTIONS

### Sur place et téléphoniques :

Les lundis, jeudis et vendredis  
de 9h30 à 12h et de 13h à 15h30

### Paiement :

Du lundi au vendredi  
de 13h à 17h



## ACCUEIL DE LOISIRS

### Périodes de fonctionnement :

Hiver 2026 / Printemps 2026 / Été 2026 / Toussaint 2026

### Horaires de fonctionnement :

du lundi au vendredi (hors jour férié) de 9h00 à 17h00  
Possibilité de garderie de 8h à 9h et de 17h à 18h

## Documents à fournir

- Dossier d'inscription complété,
- Fiche sanitaire,
- Sortie de territoire avec la copie de la Carte d'identité, du parent signataire, valable pour toute l'année 2026,
- Photocopie du carnet des vaccinations,
- Dernier avis d'imposition (tranche 1 ou 2),
- 
- **Si séparation de parents** : copie du jugement de séparation ou de divorce,
- **Si PAI\*** : Documents avec médicaments identifiés au nom de l'enfant.

# Tarifs des inscriptions VUC Vacances

Tarifs applicables du 25/04/2026 au 31/12/2026



Quotient familial	<u>1ère tranche</u> Inf. à 10 000 €	<u>2ème tranche</u> [ 10 001 € et 15 000 € ]	<u>3ème tranche</u> Sup. à 15 001 €
Prix / enfant / Semaine	<b>130,00 €</b>	<b>135,00 €</b>	<b>140,00 €</b>



*Comment calculer ma tranche :*

**Quotient familial** = Revenu net imposable / nombre de parts fiscales

## Dernier avis d'imposition du foyer :

Les tranches 1 et 2 se justifient par la présentation du dernier avis d'imposition à l'inscription.

## Cotisation d'adhésion au club : 15 € / An / Personnes.

Les enfants inscrits dans d'autres sections sportives du VUC sont exonérés de cette adhésion.

## Garderie 20€ / semaine :

.Une garderie de 8h à 9h et de 17h à 18h est proposée aux familles.

Les inscriptions se feront sur la base d'un tarif unique.

## Les modes de paiements acceptés :

- Les chèques vacances,
- Les chèques bancaires,
- La Carte Bancaire,
- Les espèces.

*Vous avez également la possibilité de régler votre inscription en plusieurs fois si vous le souhaitez.*

## Bon à savoir pour les enfants de 3 à 5 ans :

### Droit au Crédit d'impôt

Le crédit s'applique quand l'enfant est confié à une structure comme un accueil de loisirs. En chiffres, le crédit d'impôt est plafonné à 50% du montant des dépenses engagées dans une limite de 2 300 euros annuels.

## Pointage Dossier

Dossier d'inscription,  
Vaccinations,  
Fiche sanitaire,  
Sortie de territoire,  
Copie CI du parent,  
Avis d'imposition 25  
(si QF 1 ou 2)  
PAI

# Votre enfant



Photo

Nom : ..... Prénom : ..... Age : ..... ans

Sexe :  Féminin /  Masculin

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

N° sécurité sociale de l'enfant : .....

Enfant de personnel UPHF / INSA Haut de France :  Oui /  Non

Mon enfant perçoit il l'AEEH ?  Oui /  Non /  En cours

Mon enfant à un PAI (si oui fournir attestation) :  Oui /  Non

Régime alimentaire de l'enfant :  Sans viande /  Classique /  Végétarien

# Sa famille

Situation familiale :  Célibataire /  Marié(e) /  Divorcé(e)

Autre : .....

	Père .....	Mère .....	Autre .....
Numéro de Téléphone Personnel			
Numéro de Téléphone Professionnel			

Adresse mail des parents : ..... @ .....

Personnes autorisées à reprendre l'enfant et à être contactées en cas d'urgence

Nom et prénom	Lien de parenté	Téléphone

J'autorise mon enfant à repartir seul :  Oui /  Non

DROIT A L'IMAGE

J'autorise  Je n'autorise pas

Le centre du VUC Vacances à prendre et à utiliser les photos de mon enfant afin d'éventuellement les diffuser sur sa page Facebook "VUC Vacances".

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

*Copie du carnet de santé "vaccinations"*

Votre enfant porte t'il des lunettes ?  Oui /  Non

des prothèses dentaires ?  Oui /  Non

des Prothèses auditives ?  Oui /  Non

Votre enfant suit-il un traitement ?  Oui /  Non

Si oui, lequel : .....

Votre enfant présente t-il des allergies connues ?  Oui /  Non

Si oui, lesquelles : .....

Médecin traitant : .....

Téléphone : .....

Merci de remplir et de joindre la fiche sanitaire de liaison



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

**CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.**

### 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

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

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

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

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

---



---

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

---



---



---



---

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---

## AUTORISATIONS PARENTALES GLOBALES



*Merci de lire, de dater et de signer chaque autorisation.  
Autorisation renouvelée par tacite reconduction d'une année sur l'autre.*

**NOM DE L'ENFANT :** .....

**NOM DU RESPONSABLE LEGAL :** .....

Je soussigné (e) avoir pris connaissance des points ci dessous :

- **AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

Je donne pouvoir à Mme, Mlle, Mr la/le Responsable du Centre, ou à défaut son Adjoint, en cas d'impossibilité de me joindre, de faire pratiquer des examens médicaux et/ou de faire hospitaliser mon enfant en cas d'urgence.

A....., le .....

Signature

- **AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

En cas d'impossibilité de me joindre, j'autorise les soins hospitaliers et si besoin, l'anesthésie de mon enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le .....

Signature

