



Année
2026

Dossier d'inscription

VALENCIENNES
UNIVERSITÉ
CLAB

Section Vacances

Site internet :
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

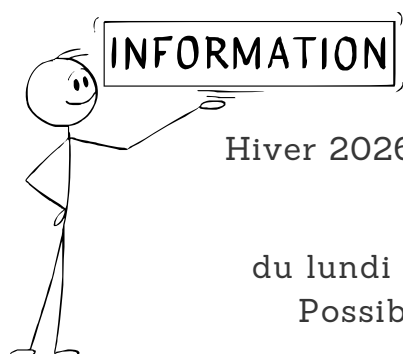
PERMANENCES POUR LES INSCRIPTIONS

Sur place et téléphoniques :

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

Païement :

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 01/01/2026 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	120,00 €	130,00 €	135,00 €



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	
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

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 ?

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 ☐ 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

**AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)
D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**
(article 371-6 du code civil; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation
de sortie du territoire d'un mineur non accompagné
par un titulaire de l'autorité parentale; arrêté du 13 décembre 2016)

1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Prénom(s) :
Né(e) le : [][][][][][][][][] à (lieu de naissance) :
Pays de naissance :

2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) :
Prénom(s) :
Né(e) le : [][][][][][][][][] à (lieu de naissance) :
Pays de naissance : Nationalité :
Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :
☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (préciser) :
Adresse :
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie
Code postal : [][][][][][] Commune :
Pays :
Téléphone (recommandé) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Courriel (recommandé) :

3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : 31/12/2026 inclus.

Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.

Exemple : une autorisation signée le 1^{er} septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.



4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »⁽¹⁾ :

DATE : 01/01/2026

Signature du titulaire de l'autorité parentale :

⁽¹⁾ Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION ⁽¹⁾ :

Type de document (cocher la case) : ☐ Carte nationale d'identité ☐ Passeport ☐ Autre⁽²⁾
(Préciser :

Délivré(e) le : [][][][][][][][][]

Par (autorité de délivrance) :

⁽¹⁾ La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.

⁽²⁾ Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.

RAPPEL : « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »