



### Remplir une fiche par séjour et par enfant

Nom/Prénom de l'enfant : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom/Prénom des parents/tuteurs : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Prof. père : \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Prof. mère \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Partie réservée à l'administration  
Ne rien inscrire dans ce cadre

Adhésion

Coût Séjour

A déduire aides

**Total**

Banque

Date

Montant

**Total**

**Quotient CAF** (fournir un justificatif si <1001) : \_\_\_\_\_

Durée / QF	<700	701-1000	>1001
Forfait 3 jours	139 €	149 €	154 €

Tarif en fonction du QF  
(sur présentation du justificatif)\*  
\*hors adhésion (17€)

### Choix du séjour (cocher la ou les cases pour le séjour) :

Du 24 au 26 octobre 2022

Du 2 au 4 novembre 2022

Prix du séjour : voir grille des tarifs en fonction du quotient familial (nous fournir un justificatif de la CAF)

Adhésion : Association des Familles de St Etienne **17€ par famille** (si non déjà réglée)

**Toute inscription ne sera enregistrée et validée qu'à réception du dossier complet et de la totalité du règlement. Un accusé de réception vous sera envoyé par mail. Les chèques vacances sont acceptés.**

### Infos transport :

En début de séjour, l'enfant  prendra le car à 8h40 place Bellevue  
 sera amené directement entre 9h et 9h30 par \_\_\_\_\_

En fin de séjour, l'enfant  prendra le car pour St Étienne arrivée à 17h30 place Bellevue  
 sera emmené directement à 17h par \_\_\_\_\_

**Tout changement ne pourra être réalisé qu'après information & accord de la direction**

En cas d'annulation, hors certificat médical, 30% du montant du séjour + l'adhésion seront conservés par l'association

Fait le \_\_\_\_\_

à \_\_\_\_\_

Signature



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

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
Diphthérie				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"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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

---

---

---

---

---

---

# FICHE D'ADHÉSION À L'ASSOCIATION DES FAMILLES DE ST ETIENNE

à nous retourner remplie avec votre règlement de 17€ si non déjà acquittée depuis le 1<sup>er</sup> janvier

*Pensez à bien signer la fiche au bas de la page après impression du dossier*

## **SITUATION FAMILIALE**

Mariés     Divorcés     Pacsés     Veuf (ve)     Autre

**PÈRE :** NOM/PRÉNOM \_\_\_\_\_  
PROFESSION \_\_\_\_\_

**MÈRE :** NOM/PRÉNOM \_\_\_\_\_  
PROFESSION \_\_\_\_\_

## **NOM & ADRESSE DU RESPONSABLE LÉGAL**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CODE POSTAL** \_\_\_\_\_ **VILLE** \_\_\_\_\_

**TÉLÉPHONE** \_\_\_\_\_ **ADRESSE MAIL** \_\_\_\_\_

*Nom & adresse du responsable de l'enfant au cours du séjour (si différente de celle ci-dessus)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **COMPOSITION GÉNÉRALE DE LA FAMILLE :**

Nombre enfant majeur     Nombre enfant mineur

Noms & Prénoms des enfants <b>mineurs</b>	Dates de naissance JJ/MM/AAAA

J'autorise l'Association des Familles de St Étienne à m'envoyer des informations sur les activités du Chalet des Alpes\*

Par email     Par voie postale

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_



# Chalet des Alpes

42660 Le Bessat / Tél. 04 77 20 40 60

www.chalet-des-alpes.com

## DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

(à remplir si départ de votre enfant avec un tiers)

Je soussigné(e) (*NOM/PRENOM*) \_\_\_\_\_

agissant en tant que **Père - Mère - Tuteur - Représentant légal**<sup>1</sup> de l'enfant :

(*NOM/PRENOM*) \_\_\_\_\_

**décharge** l'Association des Familles de St Etienne et la Direction du Chalet des Alpes de toutes responsabilités concernant l'enfant nommé ci-dessus

Il sera emmené le (*date*) \_\_\_\_\_ à (*heure*) \_\_\_\_\_

par (*NOM/PRENOM*) \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

<sup>1</sup> Rayer les mentions inutiles



# Mini séjour de 3 jours



<b>TARIFS</b> (enfants de 6 à 13 ans) en fonction du Quotient Familial			
	<b>Quotient Familial</b>		
<b>Durée du séjour</b>	<b>&lt; 700 €</b>	<b>de 701 à 1000 €</b>	<b>&gt;1001 €</b>
3 jours	139 €	149 €	154 €
* sur présentation de votre relevé actuel de la CAF			
adhésion annuelle à l'Association des Familles de St Etienne : 17 € par famille (frais de dossiers offerts aux adhérents).			

## MODALITES DE REGLEMENT

### Je reconnais avoir pris connaissance du règlement du séjour.

J'autorise     Je n'autorise pas

Le Chalet des Alpes a fixé, reproduire et communiquer au public les photographies, vidéos ou captations numériques prises dans le cadre associatif.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par l'association sous toute forme et tous supports connus et inconnus à ce jour, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, supports d'enregistrement numérique, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

*Madame, Monsieur,*

*Votre enfant est inscrit en séjour vacances au Chalet des Alpes, nous demandons, ainsi que votre enfant de prendre connaissance de ce document.*

*D'avance, nous vous en remercions.*

*Le Directeur*

**Visites**

Les séjours sont de très courte durée ; il est demandé aux familles de s'abstenir de toute visite.

**Argent de poche**

Une somme de 5 € (en monnaie) glissée dans une enveloppe au nom de l'enfant est suffisante.

L'argent est déposé au bureau au début de chaque séjour et remis en fin de semaine, déduction faite des dépenses effectuées.

**Téléphone portable**

**Les téléphones portables, tablettes et montres connectées sont interdits.**

**Bijoux et Jeux**

Nous recommandons aux enfants de ne pas porter des bijoux. La Direction décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Pour le matériel personnel et les jeux (électronique ou non), la Direction n'engage nullement sa responsabilité.

**Médicaments**

**SI L'ENFANT SUIT UN TRAITEMENT MEDICAL**, joindre l'ordonnance et inscrire lisiblement nom, prénom de l'enfant sur les boîtes de médicaments ainsi que la posologie. Tous les médicaments sans ordonnance ne pourront être donnés.

**PRECISER TOUTES LES INFORMATIONS NECESSAIRES SUR LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON. CETTE DERNIERE DOIT ETRE DUMENT REMPLIE.**

**Assurance**

Tous les enfants sont assurés. En cas d'accident, le nécessaire est fait immédiatement par la Direction du Centre pour soigner en conséquence l'enfant (ex. Hospitalisation) et prévenir les parents. En cas de maladie bénigne, l'enfant est soigné sur place. Si le cas est jugé plus sérieux, il est demandé aux parents de venir chercher leur enfant au Chalet des Alpes. Les frais (médecin, pharmacie) sont réglés par le Centre de Vacances qui en réclame ensuite le remboursement à la famille. Il appartient à celle-ci de se faire rembourser par sa Caisse d'Assurance Maladie et sa Mutuelle.

**Trousseau**

Cf. Feuille ci-jointe à remplir et à mettre dans la valise (ne pas omettre Nom et Prénom de l'enfant). **Drap-housse avec duvet et taie de traversin sont obligatoires.**

**LA DIRECTION DECLINE TOUTE RESPONSABILITE EN CAS DE PERTE DE VETEMENTS OU CHAUSSURES TRANSPORTES EN SACS PLASTIQUE**

**Téléphone**

Les téléphones portables sont strictement interdits durant le séjour. Nous vous demandons de ne pas téléphoner pendant le séjour sauf en cas d'urgence.

## IMPORTANT

Si de par leur attitude ou leur comportement (langage, irrespect des autres et de l'encadrement), certains enfants ne respectent pas les consignes et le règlement instauré dans notre Centre pour son bon fonctionnement, nous nous verrons dans l'obligation de procéder à leur renvoi.

**Nous vous rappelons que si des photos sont prises durant le séjour, elles ne doivent en aucun cas être diffusées sur des réseaux sociaux ou autres moyens de communication, ceci afin de préserver la vie privée de toute personne adulte ou enfant présent sur le centre -Merci-**

Je soussigné M ou Mme.....

responsable légal de ..... déclare avoir pris connaissance du présent règlement interne de ce séjour et d'en remettre un exemplaire signé à la direction.

Signature du responsable légal.

## Infos transport – 2 formules

- Arrivée directe au Centre

au **Chalet des Alpes** de 9h à 9h30



- Départ direct du Centre

du **Chalet des Alpes** à 17h

- Départ de St Etienne en car

**8h40** : quai de la ligne L12 - place Bellevue à St Etienne.



- Retour sur St Etienne en car

**17 h30** quai de la ligne L12- place Bellevue à St Etienne.

## Fiche trousseau

Nom et prénom de l'enfant.....

Dates du séjour :.....

Attention : bien comptabiliser les vêtements portés par l'enfant le jour de son arrivé  
(mettre le nombre dans la case A)

Tee-shirt + sweat-shirt	A	
Slips (1 par jour)	A	
Pull en laine (indispensable)	A	
Pull en coton (indispensable)	A	
Pantalons	A	
Survêtement	A	
Chaussettes dont 2 paires chaudes	A	
Anorak (indispensable)	A	
Pantoufles (obligatoires)	A	
Pyjama (plusieurs si énurésies)	A	
Bonnet et gants (indispensable)	A	
Chaussures de sport	A	
Chaussures de marche	A	

Gourde	A	
ENVELOPPE DE TRAVERSIN	A	
DUVET + DRAP HOUSSE ou 1 PAIRE DE DRAP (90 cm)	A	
ALESE (si nécessaire)	A	
SAC POUR LE LINGE SALE	A	
TROUSSE DE TOILETTE : dentifrice, savon, peigne, brosse à dents...	A	
SERVIETTES DE TOILETTE	A	
GANTS DE TOILETTE	A	

Inscrire dans cette case les objets personnel (livres, jeux, doudou...)

**Important :** Nous vous rappelons que le drap housse, l'enveloppe de traversin, le duvet ou la paire de draps sont obligatoires.

Tout doit être marqué au nom et prénom de l'enfant.

La Direction décline toute responsabilité en cas de vêtements ou chaussures non marqués. Les vêtements et chaussures doivent transportés dans une valise ou un sac de sport dans le cas contraire nous déclinons toute responsabilité.

Une journée type en mini séjour



8h00 On se lève

**8h15 On va déjeuner**

8h 45 On fait sa toilette, on fait son lit ...

**9h15 Début des activités intérieures ou extérieures.**

11h45 On se prépare pour le repas

**12h15 Repas**

13h00 Temps calme (on peut se reposer, lire, faire des jeux de société...)

**14 h 00 Activités de l'après-midi (grands jeux, jeux sportifs...)**

16h30 Goûter

17h15 Activités, moment douche

**19h 00 Repas**

**20 h00 Début de la veillée**

21 h 30 On va se coucher