



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. _____

Quotient CAF (fournir un justificatif si <1001) : _____

Durée / QF	<700	701-1000	>1001
Forfait 5 jours	95 €	98 €	100 €
à la journée	25 €	27 €	29 €

*Tarif en fonction du QF
(sur présentation du justificatif)*
hors adhésion (18€)

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

	Semaine	Journée
Adhésion		
Coût Séjour		
A déduire aides		
Total		
Banque	Date	Montant
Total		

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

Forfait semaine (votre enfant monte tous les jours)

Du 15 au 19 Avril 2024

Du 22 au 26 Avril 2024

Forfait journée

Journées choisies : _____

Activité avec les chiens nordiques **18 €** / cocher la date souhaitée : 17/04 - 23/04
(ATTENTION / l'option doit être payée en même temps que l'inscription et ne pourra plus être prise après /

modalités de l'activité définies par l'intervenant en fonction de la météo / annulation possible si le nombre d'inscription est insuffisant)

Prix du séjour & Adhésion : voir grille des tarifs ci-dessus

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 journée, rendez-vous à 8h40 place Bellevue, Quai 12

En fin de journée, le retour aura lieu à 17h30 place Bellevue, Quai 12

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

Fait le _____

à _____

Signature



Madame, Monsieur,

Vous souhaitez inscrire votre enfant en Accueil Loisirs à la journée pour les vacances **du printemps 2024**



Accueil à la journée

Vous voudrez bien nous retourner accompagnée de la totalité de votre règlement la fiche d'inscription (une par enfant), la fiche sanitaire de liaison et la fiche famille (si non déjà retournée pour l'année en cours). En retour, vous recevrez un mail ou un appel pour confirmer votre réservation.

Tarifs

A la journée : de 25 €* à 29 €*. Nous préciser les dates de présence sur le dossier d'inscription.

Forfait (5 jours) : du 15 au 19 avril ou du 22 au 26/04/ 2024 - de 96€* à 100 €*

**Grille des tarifs en fonction du quotient familial.*

Tarifs du Centre de Loisirs en fonction du Q. F * (hors adhésion)			
Printemps 2024	Quotient Familial		
Durée du séjour	< 700 €	de 701 à 1000 €	>1001 €
Forfait 5 jours	96€	98€	100€
A la journée	25 €	27 €	29 €

* sur présentation de votre relevé CAF

Adhésion annuelle à l'Association des Familles de St Etienne 2024 (si non réglée en février) : 18 € par famille

MERCI DE RENVoyer LE (OU LES) DOSSIER (S) avec votre règlement complet à l'adresse du

**Chalet des Alpes
Croix de Chaubouret – 42660 le Bessat**

Informations équipement des enfants

Prévoir un petit sac avec à l'intérieur de quoi se changer en cas d'intempéries (chaussettes, chaussures, tee-shirt manches longues, slip ou culotte..).

Même au mois d'avril, les gants sont conseillés ainsi qu'un blouson chaud avec capuche pour les activités du matin car **nous sommes en altitude.**

Une paire de bottes peut être utile car nous pouvons avoir les pieds dans l'herbe humide.

Une veste type KWay est obligatoire pour permettre à votre enfant de profiter du programme proposé et de l'environnement naturel dans de bonnes conditions.



Informations transport

Départ :

Un seul lieu de ramassage : Quai 12 – Place Bellevue (Saint Etienne) – 8h45



Retour:

Un seul lieu de dépose : Quai 12 – Place Bellevue (Saint Etienne) – 17h30

- Pour une demande spécifique, n'hésitez pas à contacter nos bureaux au 04 77 20 40 60
- ✓ **Aucun enfant ne sera autorisé à repartir seul sans autorisation écrite d'une personne ayant l'autorité parentale.**
- ✓ **Si l'enfant part avec une tierce personne, prière de remplir la décharge de responsabilité pour les jours concernés**
- ✓ **Merci de respecter les horaires de ramassage**

Madame, Monsieur,

Depuis 2023, le Chalet des Alpes met en place des séjours hors de sa structure afin notamment de permettre aux enfants qui le fréquentent régulièrement de varier les lieux d'activités.



L'accueil, sur ces vacances de printemps, se fera à St Genest Malifaux, à proximité du parc naturel de la Croix Garry (dans un espace loué et privatisé) en tandem avec les enfants en mini séjours.

La cuisine et l'encadrement seront assurés par l'équipe du Chalet des Alpes.





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"/>	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

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

à nous retourner remplie avec votre règlement de 18€ si non déjà acquittée depuis le 1^{er} 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 mineurs	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 _____



**CENTRE DE LOISIRS ET DE VACANCES
CHALET DES ALPES - 42660 LE BESSAT**

*(à ne remplir et remettre avec le dossier que si la personne venant chercher l'enfant
n'est pas son représentant légal)*

DECHARGE DE RESPONSABILITE

Je soussigné (e) (NOM- PRENOM) _____

agissant en tant que **Père –Mère – Tuteur – Représentant légal (1)** de l'enfant

(NOM – PRENOM) _____

décharge l'Association des Familles de Saint Etienne et la Direction du Centre de loisirs du Chalet des Alpes de toutes responsabilités concernant l'enfant nommé ci-dessus. Il sera emmené par
M _____

(date) le _____ à (heure) _____

Fait à _____, le _____

Signature :

(1) Barrer les mentions inutiles.