Chalet des Alpes

42660 Le Bessat / Tél. 04 77 20 40 60

Accueil Loisirs

Automne 2023

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 justif si <1001)* **:** _____

Durée / QF	<700	701-1000	>1001
Forfait 5 jours	95 €	97 €	99 €
Forfait 4 jours	72 €	74 €	76 €
à la journée*	25 €	27 €	29 €

Tarif en fonction du QF
*(sur présentation du justificatif)**
**hors adhésion (17€)*
*** 2 jours minimum*

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) ***:***

- ☐ Du 23/10 au 27/10/23 *(votre enfant monte tous les jours) / 5 jours*
- ☐ Du 30/10 au 03/11/23 *(sauf 01/11 - votre enfant monte tous les jours) / 4 jours*
- ☐ à la journée *(2 jours minimum - notez les dates) :* _____

☐ *Option canirando le 25/10** **9/13 ans - 22 €**

☐ *Option rencontre avec la meute le 24/10** **6/8 ans - 14 €**

☐ *Option Autour des chiens le 31/10** **16 €**

☐ *Option Autour des chiens le 02/11** **16 €**

** sous réserve d'un nombre de participants minimum*

☐ Adhésion : Association des Familles de St Etienne **17€ par famille** (si non déjà réglée en 2023)

Infos transport :

Tous les jours, l'enfant
- ☐ prendra le car à Bellevue à 8h40
- ☐ prendra le car à _____
- ☐ sera amené et récupéré directement 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*

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS cerfa

Code de l'Action Sociale et des Familles N° 10008*02

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
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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE oui ☐ non ☐	**VARICELLE** oui ☐ non ☐	**ANGINE** oui ☐ non ☐	**RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ** oui ☐ non ☐	**SCARLATINE** oui ☐ non ☐
COQUELUCHE oui ☐ non ☐	**OTITE** oui ☐ non ☐	**ROUGEOLE** oui ☐ non ☐	**OREILLONS** oui ☐ non ☐	

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 acquitée depuis le 1er 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 _____

*Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données vous concernant.
Pour exercer ce droit, vous pouvez adresser un mail à contact@chalet-des-alpes.com

Accueil journee Toussaint

Tarifs du centre de loisirs en fonction du Quotient Familial *			
Automne 2023	Quotient Familial		
Durée du séjour	< 700 €	de 701 à 1000 €	>1001 €
5 jours du 23 au 27/10/23	95 €	97 €	99 €
4 jours du 30/10 au 03/11/23	72€	74€	76€
1 journée	25 €	27 €	29 €

* sur présentation de votre relevé actuel de la CAF

Adhésion annuelle à l'Association des Familles de St Etienne :
17 € par famille

Option 1 ou 2 séances avec les chiens nordiques (à rajouter au règlement) **:**
***canirandonnée automnale (9/13 ans) :** 22€ - 2h00 d'activité – Voir planning pour les jours concernés.
*** Autour des chiens:** (6/8 ans) : 16€ - 1h30 d'activité – Voir planning pour les jours concernés.

Bien que temps fort de la semaine, les enfants non inscrits sur 1 ou 2 séances avec le musher et ses chiens, se verront proposer d'autres activités au choix et en concertation avec l'équipe d'animation

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…). L'automne peut être frais sur les hauteurs, bonnet et gants sont recommandés ainsi qu'un blouson chaud avec capuche.

Pour l'activité auprès des chiens (même sans canirandonnée) les chaussures de marche sont fortement recommandées. Bas de jogging ou de survêtement obligatoire.

HORAIRE DES TRANSPORTS

- Place Bellevue 8 H 40 Place Bellevue – Panneau Arrêt de cars **ligne L12**
- Rond Point 8 H 45 Bdl A de Fraissinette – Rond Point – Arrêt de Stas (Sens de la montée)
- Portail Rouge 8 H 47 Panneau « arrêt des cars » en face de l'auberge
- Rochetaillée 8 H 50 Face au Château

Le soir, départ de la Croix de Chaubouret 17 H 02, arrivée à Bellevue vers 17 h30

✓ **Merci de veiller au respect de ces horaires pour le bien-être de vos enfants**

✓ **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 ci-dessous pour les jours concernés**

Chalet des Alpes – 42660 le Bessat

DECHARGE DE RESPONSABILITE

(à remplir si retrait de votre enfant par un tiers)

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 au terme de la/les journée(s) _____ par M_____

(date) le_____à (heure)_____

Fait à _____, le _____

Signature :

(1) Barrer les mentions inutiles.

Autorisation droit à l’image

Cocher la case souhaitée J’autorise ☐ Je n’autorise pas ☐

Le Chalet des Alpes à fixer, 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