



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

	Semaine	Journée
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 5 jours	96 €	98 €	100 €
à la journée	25 €	27 €	29 €

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

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

Forfait semaine (votre enfant monte tous les jours)

Forfait journée

Du 19 au 23 Février 2024

Du 26 février au 1^{er} mars 2024

Journées choisies : _____

Activité avec les chiens nordiques **18 €** / cocher la date souhaitée : 20/02 - 26/02

(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 / Adhésion 18€

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 : Pendant le séjour, l'enfant prendra le car à Bellevue à **8h40**
 prendra le car à _____
 sera amené à **9h** et récupéré à **17h** 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



Sensations Nordiques

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez inscrire votre enfant en **Accueil Loisirs à la journée** pour les vacances **d'hiver 2024**

Vous voudrez bien nous retourner, par courrier, accompagnée **de la totalité de votre règlement**, la fiche d'inscription (une par enfant), la fiche sanitaire de liaison et la fiche « famille » jointes à ce document.

Notre adresse : **Chalet des Alpes, La Croix de Chaubouret – 42660 le Bessat**

En retour, vous recevrez un mail ou un appel pour vous confirmer votre réservation.

*Pour cette période de vacances, une **activité avec les chiens nordiques** est prévue au planning. Si vous souhaitez que votre enfant y participe, il faut en faire la demande en même temps que l'inscription et nous joindre le règlement correspondant. Aucune inscription à cette activité ne sera prise ultérieurement. Une autre activité sera mise en place pour les enfants ne prenant pas l'option.*



Conseils et recommandations

- Prévoir un petit sac avec à l'intérieur de quoi se changer ou s'habiller davantage (chaussettes, chaussures, jogging, tee-shirt manches longues, slip ou culotte).
- Même en l'absence de neige, bonnet et gants sont **obligatoires** ainsi qu'un blouson chaud avec capuche ; nous sommes à 1200m d'altitude. La salopette de ski ou un pantalon imperméable sont demandés pour la pratique des activités extérieures.
- Si les enfants pratiquent le ski de fond, les raquettes ou la luge, le matériel leur sera prêté mais ils peuvent apporter un casque si vous le souhaitez.
- Les chaussures basses ou grosses bottes type « Moon Boots » ne conviennent pas à la pratique de la raquette.
- Crème solaire (nominative) et lunettes de soleil peuvent être utiles par grand soleil.
- Un goûter avec boisson chaude est fourni. Il est inutile de doter les enfants en gâteaux ou autre.

HORAIRE DES TRANSPORTS

Place Bellevue 8 H 40	Quai 12 - Arrêt de cars (Région blanc bleu)
Rond Point 8 H 40	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 (retour sans descente)
Rochetaillée 9 H 00	Face au Château (sens de la montée – inverse le soir)



Le soir, départ de la Croix de Chaubouret 17h00, arrivée à Bellevue à 17h30

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.



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.