Chalet des Alpes

42660 Le Bessat / Tél. 04 77 20 40 60

6/13 ans
232 €

MINI SÉJOUR
ESPRIT GRAND NORD

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 3 jours	226 €	228 €	232 €

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

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

Adhésion	
Coût Séjour	
A déduire aides	
Total	

Banque	Date	Montant
Total		

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

☐ Du 19 au 21 Février 2024 ☐ Du 26 au 28 Février 2024

Prix du séjour & Adhésion : **voir tableau 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 :

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*

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 18€ 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

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.

REGLEMENT INTERNE POUR LE MINI-SEJOUR

Ce règlement interne pose les règles essentielles au bien être de votre enfant et du groupe en mini-séjour au CHALET DES ALPES.

C'est pourquoi nous vous demandons que votre enfant et vous-même en preniez connaissance.

Trousseau :

Nous vous demandons de bien respecter la liste indiquée sur le trousseau aussi bien pour les activités que pour le couchage. C'est pourquoi sont recommandés des vêtements et chaussures confortables, fonctionnels, adaptés à la saison.

Toutes les affaires doivent être marquées au nom et prénom de l'enfant.
La Direction décline toutes responsabilités en cas de perte.

Bijoux, téléphone portable…

Il est recommandé aux enfants de ne pas porter de bijoux au centre. En cas de perte ou de vol la direction décline toute responsabilité.

Les téléphones portables, tablettes ou montres connectées sont strictement interdits durant le séjour ou dans les transports organisés par le centre.

Réseaux sociaux :

Afin de préserver et de respecter la vie privée de chaque personne (adultes, enfants…) participant au mini-séjour ou autre séjour, aucune publication (photos, vidéos ou commentaires) ne sera être tolérée sur les réseaux sociaux.

Régime alimentaire :

Ne seront pris en compte que les régimes alimentaires signalés sur la fiche sanitaire. Ne pas confondre avec ce que l'on n'aime pas.

Fiche sanitaire :

Ce document doit être correctement rempli par le représentant légal de l'enfant lors de chaque séjour. C'est un document important et obligatoire !

Horaires :

Nous vous demandons de bien respecter les horaires en début et en fin de séjour.

Médicaments :

Si l'enfant suit un traitement médical, joindre l'ordonnance et inscrire lisiblement nom, prénom de l'enfant sur les boites de médicament ainsi que la posologie et en faire part à un membre de l'encadrement au début du séjour. Aucun enfant ne doit posséder de médicaments dans sa chambre. Tout médicament sans ordonnance ne pourra être donné.

Comportement

Le respect de toute personne (encadrants, enfants, intervenants) et des règles de vie commune au Centre sont les conditions pour passer un bon séjour.

Si de par leur attitude ou leur comportement (langage, irrespect envers les autres participants et l'encadrement) certains enfants ne respectent pas le règlement instauré dans notre Centre (transports organisés par nos soins inclus), nous nous verrons dans **l'obligation de procéder à leur renvoi**.

Chalet des alpes 42660 le BESSAT Tél : 0477204060

Nom et prénom de l'enfant…… Séjour :……

Fiche trousseau

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

TEE-SHIRTS + SWEAT -SHIRT	A	
SLIPS (1 par jour)	A	
PULL en LAINE (indispensable)	A	
PULLS COTON (indispensable)	A	
PANTALONS	A	
SURVETEMENT	A	
CHAUSSETTES dont 1 paire chaude	A	
COUPE VENT (indispensable)	A	
PANTOUFLES (obligatoire)	A	
PYJAMA (plusieurs si énurésie)	A	
BONNET	A	
2 PAIRES DE GANTS (éviter en laine)	A	
CHAUSSURES DE MARCHE	A	
CHAUSSURES DE SPORT	A	

ANORAK + SALOPETTE de SKI	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	

Autres :

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

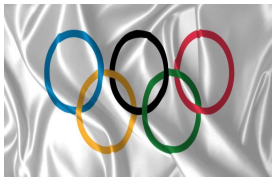
Tout doit être marqué au nom et prénom de l'enfant.

La direction décline toute responsabilité en cas de vêtements et chaussures non marqués.

Les vêtements et chaussures doivent être transportés dans une valise ou un sac de sport dans le cas contraire nous déclinons toute responsabilité.

Esprit Grand Nord

Mini séjour du 19 au 21 février 2024

19 février	20 février	21 février
Accueil et installation. **Faisons connaissance**	**Rencontre avec la meute**	**Exploration nature en raquettes**
Repas		
Moment détente		
Les bonhommes de neige	**Atelier ski de fond**	**OLYMPIADES D'HIVER** 
Moment détente	***Moment détente***	***Moment détente***
Repas et veillées animées		**Départ à 17 H 00**

Lundi 19 février

Arrivée directe en voiture entre **9h15** et **9h30**

ou

Possibilité de prendre le car à **8 h40** place Bellevue **(quai 12)** à St Etienne pour rejoindre le Chalet des Alpes.

Mercredi 21 février

Départ direct, en voiture, du Chalet des Alpes à **17 h00**.

ou

Retour en car avec arrivée place Bellevue **(quai 12)** à **17h30**

Esprit Grand Nord

Mini séjour du 26 au 28 février 2024

26 février	27 février	28 février
Accueil et installation. **Jeux de neige**	**Atelier ski de fond**	**Exploration nature en raquettes**
Repas		
Moment détente		
Rencontre avec la meute	**Biathlon* ou activité nordique**	**Concours d'igloos**
Moment détente	***Moment détente***	***Moment détente***
Repas et veillées animées		**Départ à 17 H 00**

Lundi 26 février

Arrivée directe en voiture entre **9h15** et **9h30** où

Possibilité de prendre le car à **8 h40** place Bellevue **(quai 12)** à St Etienne pour rejoindre le Chalet des Alpes.

Mercredi 28 février

Départ direct, en voiture, du Chalet des Alpes à **17 h00**.

Où

Retour en car avec arrivée place Bellevue **(quai 12)** à **17h30**

***A partir de 8 ans**