



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	226 €	228 €	232 €

Tarif en fonction du QF
(sur présentation du justificatif)*
*hors adhésion (18,50 €)

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

Du 26 au 28 Février 2025

Du 3 au 5 mars 2025

Prix du séjour & Adhésion : **voir tableau 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 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"/>	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 18,50€ 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.

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.



IMPORTANT

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.



IMPORTANT

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.

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		ANORAK + SALOPETTE de SKI	A	
SLIPS (1 par jour)	A		ENVELOPPE DE TRAVERSIN	A	
PULL en LAINE (indispensable)	A		DUVET + DRAP HOUSSE ou 1 PAIRE DE DRAP (90 cm)	A	
PULLS COTON (indispensable)	A		ALESE (si nécessaire)	A	
PANTALONS	A		SAC POUR LE LINGE SALE	A	
SURVETEMENT	A		TROUSSE DE TOILETTE : dentifrice, savon, peigne, brosse à dents.....	A	
CHAUSSETTES dont 1 paire chaude	A		SERVIETTES DE TOILETTE	A	
COUPE VENT (indispensable)	A		GANTS DE TOILETTE	A	
PANTOUFLES (obligatoire)	A				
PYJAMA (plusieurs si énurésie)	A				
BONNET	A				
2 PAIRES DE GANTS (éviter en laine)	A		Autres :		
CHAUSSURES DE MARCHE	A				
CHAUSSURES DE SPORT	A				

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 26 au 28 février 2025



26 février	27 février	28 février
<p>Accueil et installation.</p>  <p>Faisons connaissance</p>	<p>Rencontre avec la meute</p> 	<p>Atelier de création et luge</p> 
Repas		
Moment détente		
<p>Initiation au ski de fond</p> 	<p>Jeux des bonhommes de neige</p> 	<p>Le défi de l'esquimau</p> 
<p>Goûter Moment détente</p>	<p>Goûter Moment détente</p>	<p>Goûter</p>
Repas et veillées animées		Départ à 17 H 00

Mercredi 26 février
Arrivée directe en voiture au Chalet des Alpes 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.

Vendredi 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**



Esprit Grand Nord

Mini séjour du 03 au 05 mars 2025



Lundi 03 mars	Mardi 04 mars	Mercredi 05 mars
<p>Accueil et installation.</p>  <p>Jeux découverte</p>	<p>Exploration nature en raquettes</p> 	<p>Rencontre avec la meute</p> 
Repas		
Moment détente		
<p>Construction d'igloo</p> 	<p>Atelier ski de fond</p> 	<p>Luge et compagnie</p> 
<p>Goûter Moment détente</p>	<p>Goûter Moment détente</p>	<p>Goûter</p>
<p><i>Repas et veillées animées</i></p>		<p>Départ à 17 H 00</p>

Lundi 03 mars

Arrivée directe en voiture au Chalet des Alpes 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 05 mars

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

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