



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	95 €	97 €	99 €
Forfait 3 jours	65 €	67 €	69 €
à la journée**	25 €	27 €	29 €

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

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

Forfait semaine (votre enfant monte tous les jours)

Du 16 au 18 août 2023

Du 21 au 25 août 2022

Forfait journée

Journées choisies : _____

Prix du séjour : voir grille des tarifs en fonction du quotient familial (nous fournir un justificatif de la CAF)

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

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 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

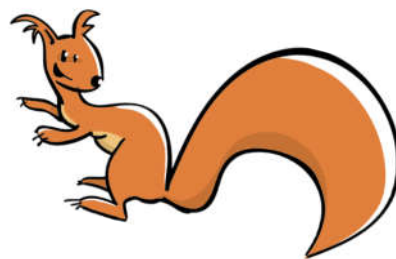
Fait le _____

à _____

Signature

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez inscrire votre enfant en Accueil Loisirs à la journée
pour **le mois d'août 2023**



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 et conditions

A la journée : de 25 € à 29 € (voir tableau ci-dessous). *Nous préciser les dates de présence sur le dossier d'inscription.*

A la semaine (5 jours) : de 95 à 99€* **Forfait (3 jours)** : de 65€ à 69€*

Pour ces deux formules, il est demandé d'inscrire les enfants sur la base de 2 jours minimum afin de favoriser leur insertion dans le groupe et leur permettre de pratiquer les activités choisies en cas de nécessité de report pour cause de mauvais temps ou d'imprévus.

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

Tarifs du Centre de Loisirs en fonction du Q. F * (hors adhésion)			
Août 2023	Quotient Familial		
Durée du séjour	< 700 €	de 701 à 1000 €	>1001 €
Forfait 3 jours (16 au 18/08)	65€	67€	69€
Forfait 5 jours (21 au 25/08)	95 €	97 €	99 €
A la journée	25 €	27 €	29 €

* sur présentation de votre relevé CAF

Adhésion annuelle à l'Association des Familles de St Etienne 2023 (si non réglée en février)
17 € 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 en été, les températures peuvent être fraîches car **nous sommes en altitude.**

A défaut, 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.

Si les enfants pratiquent le vtt ou le tir à l'arc, le matériel leur sera prêté mais ils peuvent apporter leur casque si vous le souhaitez.

Informations transport

- 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 (retour sens de la descente)
- Rochetaillée 8 H 52 Face au Château (sens de la montée – inverse le soir)

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



Départ direct du Centre pour les enfants récupérés sur place : **17h00**

- ✓ **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**
- ✓ **Notre car étant un car de ligne, merci de respecter les horaires de ramassage**

Autorisation droit à l'image

Cocher la case souhaitée

J'autorise

Je n'autorise pas

Le Chalet des Alpes a fixé, 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



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 ÉTIENNE

à nous retourner remplie avec votre règlement de 17€ 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.