ACCUEIL LOISIRS AUTOMNE

6/13 ans

AUTOMNE 2026

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

☐ Forfait 5 jours

☐ Du 19 au 23 octobre 2026

☐ à la journée *(2 jours minimum)*

Journées choisies : .....

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.

/ INFORMATIONS /

Nom de l'enfant : ..... Prénom de l'enfant.....

Date de naissance : ..... Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

// Responsable légal

Nom/Prénom des parents/tuteurs : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

@mail *(merci d'écrire lisiblement)* : .....

Prof. père : ..... Tél. .....

Prof. mère ..... Tél. .....

// Infos Prix & Transport

Quotient CAF *(fournir un justificatif si <1001)* : .....

Durée / QF	<700	701-1000	>1001
Forfait 5 jours	99 €	101 €	105 €
A la journée	26 €	28 €	30 €

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

Chaque matin, l'enfant :

☐ prendra le car à : .....

☐ sera amené directement à **9h** par : .....

Chaque soir, l'enfant :

☐ prendra le car et s'arrêtera à : .....

☐ 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 des Familles de St Etienne

Fait le ..... *à* .....

Signature

Partie réservée au Chalet des Alpes

Ne rien inscrire dans ces cadres

Adhésion	
Coût Séjour	
A déduire aides	
Total	

Banque	Date	Montant
Total		

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 18,50€ si non déjà acquittée 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

Chalet des Alpes
42660 Le Bessat / Tél. 04 77 20 40 60
www.chalet-des-alpes.com

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

(à remplir si départ de votre enfant avec 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 St Etienne et la Direction du Chalet des Alpes de toutes responsabilités concernant l'enfant nommé ci-dessus

Il sera emmené le *(date)* _____ à *(heure)* _____

par ***(NOM/PRENOM)*** _____

Fait à _____ le _____

Signature

[1] *Rayer les mentions inutiles*

Accueil journee Toussaint

Tarifs du centre de loisirs en fonction du Quotient Familial *			
Automne 2026	Quotient Familial		
Durée du séjour	< 700 €	de 701 à 1000 €	>1001 €
5 jours du 19 au 23 octobre 2026	99 €	101 €	105 €
1 journée (2 jours minimum)	26 €	28 €	30 €

* sur présentation de votre relevé actuel de la CAF

Adhésion annuelle à l'Association des Familles de St Etienne : 18.50 € par famille (si non déjà réglé en 2026)

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.

HORAIRE DES TRANSPORTS



- Place Bellevue 8 H 40 — Place Bellevue – Panneau Arrêt des 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 de la ligne 12» 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**

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