# MINI SÉJOUR PRINTEMPS NATURE

6/13 ans

PRINTEMPS 2026

Chalet des Alpes

## *Dates du séjour :*

☐ Du 15 au 17 Avril 2026

*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 |
|---|---|---|---|
| Séjour | 180 € | 190 € | 195 € |

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

En début de séjour, l'enfant :

☐ prendra le car à : .....

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

En fin de séjour, 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*



Madame, Monsieur,

Vous souhaitez inscrire votre enfant en **Mini Séjour** pour les vacances
**de printemps .**

***Pour un max de grand air, pour se faire des copains ...***

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 pour confirmer votre réservation.

**Dates** : du 15 au 17 avril 2026

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

| Tarifs Mini Séjour en fonction du Q.F * (hors adhésion) | | | |
|---|---|---|---|
| Printemps 2026 | Quotient Familial | | |
| Durée du séjour | < 700 € | de 701 à 1000 € | >1001 € |
| **3 jours** | 180€ | 190€ | 195€ |

* sur présentation de votre relevé CAF

**Adhésion annuelle** à l'Association des Familles de St Etienne 2026 (si non déjà réglée) : 18 € par famille

*Ces tarifs inclus les animations, l'encadrement et la pension complète depuis le 1er jour midi jusqu'au 3ème jour après le goûter. Celui-ci sera fourni au quotidien, chaque après-midi.*

***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*

**Même au mois d'avril, les gants sont conseillés ainsi qu'un blouson chaud avec capuche pour les activités du matin 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. (voir trousseau)***

# *Informations transport*

**Départ le 15 avril 2026 :**
Quai 12 – Place Bellevue (Saint Etienne) – 8h45



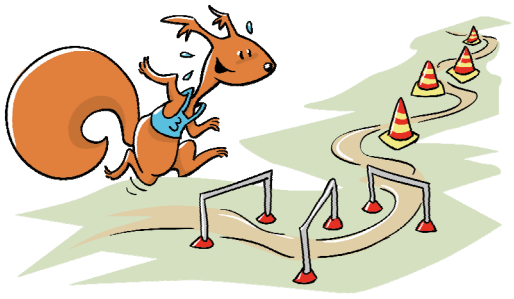
**Retour le 17 avril 2026 :**
Quai 12 – Place Bellevue (Saint Etienne) – 17h30

- Pour une demande spécifique, n'hésitez pas à contacter nos bureaux au 04 77 20 40 60

✓ **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**



**Chalet des alpes** 42660 le BESSAT tel : 0477204060

Nom et prénom de l'enfant……

Mini séjour printemps du …… au…….

# Fiche trousseau du mini-séjour

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 | |
| CHAUSSURES DE MARCHE | A | |
| CHAUSSURES DE SPORT | A | |

| | | |
|---|---|---|
| ENVELOPPE DE TRAVERSIN | A | |
| DUVET + DRAP HOUSSE ou 1 PAIRE DE DRAP (90 cm) | A | |
| ALESE (si nécessaire) | A | |
| TROUSSE DE TOILETTE : dentifrice, savon, peigne, brosse à dents……. | A | |
| SERVIETTES DE TOILETTE | A | |
| GANTS DE TOILETTE | A | |
| SAC POUR LE LINGE SALE | A | |

IMPORTANT : **Nous vous rappelons que le drap housse (90 cm), l'enveloppe de traversin, le duvet ou la paire de drap sont obligatoires.**

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.