



Chalet des Alpes

42660 Le Bessat – Tel. 04 77 20 40 60



ACCUEIL LOISIRS A LA
JOURNEE – AUTOMNE 2021

Remplir une fiche par séjour et par enfant.

Nom/Prénom de l'enfant _____

Date de naissance _____

Nom/Prénom des parents ou tuteurs _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Tél domicile _____

e.mail _____

N° Allocataire CAF _____

Prof. Père _____ Tél _____

Prof. Mère _____ Tél _____

Participation d'un comité d'entreprise ou bons vacances :

non oui valeur _____

nom du CE _____

Forfait semaine (votre enfant monte tous les jours – **entourez la semaine choisie**)

- Du 25 au 29 octobre 2021

- Du 02 au 05 novembre 2021

Formule journée

Cochez la case en face de la formule choisie

Nombre de journées _____

Journées choisies (indiquez les dates) _____

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

	<input type="checkbox"/> Semaine	<input type="checkbox"/> Journée
Adhésion		
Coût Séjour		
A déduire aides		
TOTAL		

Banque	Date	Montant
	TOTAL	

Informations Transport	Pendant le séjour	<input type="checkbox"/> L'enfant prendra le car à _____
		<input type="checkbox"/> L'enfant sera amené et récupéré directement au Centre par M. _____
		<input type="checkbox"/> L'enfant sera amené au quai de départ du car Bellevue à 8h15
		<i>Tout changement ne pourra être réalisé qu'après information et accord de la Direction</i>

Tout changement ne pourra être réalisé qu'après information et accord de la Direction

Aides aux vacances (déductibles du prix total du séjour)

Bons municipaux	Comités d'entreprise	Autres
_____ Euros /jour	_____ Euros /jour	_____ Euros /jour

Joindre les justificatifs pour prise en compte dans calcul du solde à régler

Afin que l'inscription de votre enfant puisse être réalisée, nous vous prions de bien vouloir joindre à ce bulletin: le règlement COMPLET « forfait semaine » ou « formule journée » + l'adhésion si non acquittée pour 2021 + supplément activités avec les chiens (au choix).

En cas d'annulation, hors certificat médical, quelle que soit la formule, 30% du montant ci-dessus + l'adhésion seront conservés par l'Association.

Fait le _____ à _____ Signature

Tarifs du centre de loisirs en fonction du Quotient Familial *			
Automne 2021	Quotient Familial		
Durée du séjour	< 700 €	de 701 à 1000 €	>1001 €
5 jours du 25 au 29/10/21	89 €	91 €	93 €
4 jours du 02 au 05/11/21	72€	74€	76€
1 jour	24 €	25 €	26 €

* sur présentation de votre relevé actuel de la CAF

Adhésion annuelle à l'Association des Familles de St Etienne :
17 € par famille

Option 1 séance avec les chiens nordiques (à rajouter au règlement) :

*canirandonnée automnale (9/12 ans) : 20€ - 2h00 d'activité – Voir planning.

* rencontre avec la meute (caresses et soins) : (6/12 ans) : 12€ - 1h00 d'activité – Voir planning

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 **obligatoires** ainsi qu'un blouson chaud avec capuche.

HORAIRE DES TRANSPORTS



- Place Bellevue 8 H 40
 - Rond Point 8 H 45
 - Portail Rouge 8 H 47
 - Rochetaillée 8 H 50
- Place Bellevue – Panneau Arrêt de cars ligne **TIL ligne 102**
Bdl A de Fraissinette – Rond Point – Arrêt de Stas (Sens de la montée)
Panneau « arrêt des cars » en face de l'auberge
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**



DECHARGE DE RESPONSABILITE

(à remplir si retrait de votre enfant par 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 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 **au terme de la/les journée(s)** _____ par

M _____

(date) le _____ à (heure) _____

Fait à _____, le _____

Signature :

(1) Barrer les mentions inutiles.

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 ADHESION A L'ASSOCIATION DES FAMILLES DE ST ETIENNE
(à nous retourner remplie avec votre cotisation de 17 € si non acquittée pour 2021)

FAMILLE SITUATION Mariés Divorcés Pacsés Autres

PERE : NOM/PRENOM _____

PROFESSION _____

MERE : NOM/PRENOM _____

PROFESSION _____

* **NOM et ADRESSE DU RESPONSABLE LEGAL**

CODE POSTAL _____ VILLE _____

TEL _____

Adresse mail : _____

* **Nom et Adresse du responsable de l'enfant au cours de son séjour (si différente de celle ci-dessus)**

COMPOSITION GENERALE DE LA FAMILLE - y compris enfant(s) inscrit(s)-

Nom et Prénoms des enfants mineurs	Date de naissance JJ/MM/AA

Nombre d'enfants majeurs: _____



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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 :

En signant cette fiche sanitaire, le responsable légal s'engage à payer l'intégralité des frais médicaux engagés en cas de soin de l'enfant.

Joindre à la fiche sanitaire, la photocopie de votre attestation carte vitale et mutuelle, (à défaut attestation de droit à la CMU), afin de faciliter la prise en charge de votre enfant en cas d'accident.