



# Chalet des Alpes

42660 Le Bessat – Tel. 04 77 20 40 60

## MINI SEJOUR

### 100 % Trappeur Automne 2021

#### Remplir une fiche par enfant.

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

Prénom de l'enfant \_\_\_\_\_ Garçon  Fille

Date de naissance \_\_\_\_\_

Nom/Prénom des parents ou tuteurs \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél domicile \_\_\_\_\_ Port : \_\_\_\_\_

e.mail \_\_\_\_\_

N° Allocataire CAF \_\_\_\_\_

QF : \_\_\_\_\_

Prof. Père \_\_\_\_\_ Tél \* \_\_\_\_\_

Prof. Mère \_\_\_\_\_ Tél \* \_\_\_\_\_

\* Pour vous joindre pendant la journée en cas de besoin

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

Adhésion	
Coût Séjour	
A déduire BV	
Autres aides	
<b>TOTAL</b>	

Banque	Date	Montant
	<b>TOTAL</b>	

#### Choix des séjours - cocher la ou les cases vertes pour le(s) séjour(s) demandé(s) - (Enfants de 6 à 13 ans)

	SEMAINE 1	SEMAINE 2
Séjours de 3 jours	du 25 au 27 octobre 2021	du 03 au 05 novembre 2021

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

Adhésion annuelle (2021) à l'Association des Familles de St Etienne : **17 € par famille** (si non déjà réglée)

**Toute inscription ne sera enregistrée qu'à réception du dossier et de son règlement complet.**

**Un accusé de réception vous sera adressé.**

*Les chèques vacances sont acceptés.*

#### Infos

#### Transport

En début de séjour, l'enfant  prendra le car à St. Etienne à 8h40 place Bellevue

sera amené directement au Centre entre 9h00 et 9h30 par \_\_\_\_\_

En fin de séjour, l'enfant  prendra le car pour St. Etienne

sera emmené directement du Centre par \_\_\_\_\_

Départ du Centre le 3ème jour à 17h00 directement ou par le car de ligne. Arrivée Bellevue 17h30.

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

## MODALITES DE REGLEMENT

Tarifs des séjours " 100 % TRAPPEUR " <b>Automne 2021</b> (enfants de 6 à 13 ans) en fonction du Quotient Familial			
AUTOMNE 2021	Quotient Familial		
Durée du séjour	< 700 €	de 701 à 1000 €	>1001 €
3 jours	139 €	149 €	154 €
* sur présentation de votre relevé actuel de la CAF			
adhésion annuelle à l'Association des Familles de St Etienne : 17 € par famille (frais de dossiers offerts aux adhérents).			

### Je reconnais avoir pris connaissance du règlement du séjour.

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

(à ne remplir que si la personne venant chercher l'enfant en fin de séjour n'est pas son représentant légal)

**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 par

M \_\_\_\_\_

(date) le \_\_\_\_\_ à (heure) \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature :**

**(1) Barrer les mentions inutiles.**

## FICHE ADHESION A L'ASSOCIATION DES FAMILLES DE ST ETIENNE

(à nous retourner remplie avec le (s) dossier (s) de votre (vos) enfant(s) si non déjà remise en 2021)

**FAMILLE SITUATION**       Mariés       Divorcés       Pacsé       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 - (enfants inscrits et non inscrits)**

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

**Nombre d'enfants majeurs** : \_\_\_\_\_

## REGLEMENT INTERNE

*Madame, Monsieur,*

*Votre enfant est inscrit en séjour vacances au Chalet des Alpes, nous demandons, ainsi que votre enfant de prendre connaissance de ce document.*

*D'avance, nous vous en remercions.*

*Le Directeur*

### Visites

Les séjours sont de courte durée ; il est demandé aux familles de s'abstenir de toute visite.

### Argent de poche

Une somme de 10 € (en monnaie) glissée dans une enveloppe au nom de l'enfant est suffisante.

L'argent est déposé au bureau au début de chaque séjour et remis en fin de semaine, déduction faite des dépenses effectuées.

### Courrier

Il est conseillé que les enveloppes soient timbrées et que sur celles-ci soient inscrits le nom et l'adresse du destinataire.

### Téléphone portable

**Les téléphones portables, tablettes et montres connectées sont interdits.**

### Bijoux et Jeux

Nous recommandons aux enfants de ne pas porter des bijoux. La Direction décline toute responsabilité en cas de perte ou de vol.

Pour le matériel personnel et les jeux (électronique ou non), la Direction n'engage nullement sa responsabilité.

### Médicaments

SI L'ENFANT SUIT UN TRAITEMENT MEDICAL, joindre l'ordonnance et inscrire lisiblement nom, prénom de l'enfant sur les boîtes de médicaments ainsi que la posologie. Tous les médicaments sans ordonnance ne pourront être donnés. PRÉCISER TOUTES LES INFORMATIONS NECESSAIRES SUR LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON. CETTE DERNIERE DOIT ETRE DUMENT REMPLIE.

### Assurance

Tous les enfants sont assurés. En cas d'accident, le nécessaire est fait immédiatement par la Direction du Centre pour soigner en conséquence l'enfant (ex. Hospitalisation) et prévenir les parents. En cas de maladie bénigne, l'enfant est soigné sur place. Si le cas est jugé plus sérieux, il est demandé aux parents de venir chercher leur enfant au Chalet des Alpes. Les frais (médecin, pharmacie) sont réglés par le Centre de Vacances qui en réclame ensuite le remboursement à la famille. Il appartient à celle-ci de se faire rembourser par sa Caisse d'Assurance Maladie et sa Mutuelle.

### Trousseau

Cf. Feuille ci-jointe à remplir et à mettre dans la valise (ne pas omettre Nom et Prénom de l'enfant). **Drap-housse avec duvet et taie de traversin sont obligatoires.**

**LA DIRECTION DECLINE TOUTE RESPONSABILITE EN CAS DE PERTE DE VETEMENTS OU CHAUSSURES TRANSPORTES EN SACS PLASTIQUE**



# 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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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	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 :

---

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.

## Fiche trousseau

Nom et prénom de l'enfant.....

Séjour :.....

Attention : bien comptabiliser les vêtements portés par l'enfant le jour de son arrivé  
(mettre le nombre dans la case A)

Tee-shirt + sweat-shirt	A	
Slips (1 par jour)	A	
Pull en laine (indispensable)	A	
Pull en coton (indispensable)	A	
Pantalons	A	
Survêtement	A	
Chaussettes dont 1 paire chaude	A	
Coupe-vent (indispensable)	A	
Pantoufles (obligatoire)	A	
Pyjama (plusieurs si énurésies)	A	
Casquette ou chapeau de soleil	A	
Chaussures de sport	A	
Chaussures de marche	A	

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

Inscrire dans cette case les objets personnel (livres, jeux, doudou...)

**Important : Nous vous rappelons que le drap housse, 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 ou chaussures non marqués. Les vêtements et chaussures doivent transportés dans une valise ou un sac de sport dans le cas contraire nous déclinons toute responsabilité.



Une journée type en mini séjour



8h00 On se lève

**8h15 On va déjeuner**

8h 45 On fait sa toilette, on fait son lit ...

**9h15 Débuts des activités intérieures ou extérieures.**

11h45 On se prépare pour le repas

**12h15 Repas**

13h00 Temps calme (on peut se reposer, lire, faire des jeux de société...)

**14 h 00 Activités de l'après-midi (grands jeux, jeux sportifs...)**

16h30 Goûter

17h15 Activités, moment douche

**19h 00 Repas**

**20 h00 Début de la veillée**

21 h 30 On va se coucher