



SÉJOUR MONTAGNE 2019

Dates du séjour : du LUNDI 4 au VENDREDI 8 MARS 2019

Lieu d'hébergement : Centre de vacances le Pignan à CIERP GAUD

Tel : 05 61 79 50 72

Mode d'hébergement : en dur, centre de vacances, chambre de 5 à 8 personnes.

Public concerné : de 11 à 17 ans (les enfants seront répartis par affinité et par âge, pas de mixité).

Nombre d'enfants : 24 places

Programme : Ski alpin, snowscoot, yooner, airboard, raquettes, construction d'igloos, secours en montagne.

Les activités se feront sur la station du Mourtis (31)

Equipe d'encadrement :

1 directrice et 2 animateurs diplômés.

Les activités ski alpin, snowscoot seront encadrées par des moniteurs ESF, raquettes, secours en montagne et construction d'igloos par des guides de montagne. Pour les autres activités par l'équipe d'animateurs diplômés.

Les objectifs éducatifs :

- éducation au « vivre ensemble »
- découverte d'un milieu naturel
- respect de l'environnement

Pour avoir des nouvelles sur le déroulement du séjour, un numéro fil vert sera mis à disposition.

Moyen de transport : Transport en grand bus

La restauration : le matin, midi et soir, elle sera assurée par le prestataire de l'hébergement. Sauf le pique-nique du premier jour (lundi 4 mars) à prévoir par les familles.

La participation des familles au séjour est calculée en fonction des ressources familiales

Inscription et dossier complet à fournir impérativement avant le 11/02/2019

- Fiche sanitaire de liaison (CERFA) ci-jointe
- Fiche de renseignements ci-jointe
- Photocopie de la carte CAF avec numéro allocataire ou avis d'imposition sur les revenus 2017.
- Certificat médical de non contre-indication pour les activités citées ci-dessus dans le programme (obligatoire).

- Attestation d'assurance (Responsabilité civile et activités extra scolaires) ***vérifier les garanties pour les activités en montagne.***
- Photocopie de la carte vitale
- Photocopie de la carte d'identité et fournir l'originale le jour du départ.
- Tour de tête (casque) :cm/ Poids :.....kg/Taille.....cm/ Pointure :.....

Tous les documents et renseignements demandés sont obligatoires

Les photocopies doivent être lisibles.

La réception du dossier ne vaut pas validation d'inscription au séjour. Après étude de votre dossier par la commission, l'inscription définitive de votre enfant vous sera confirmée par courrier entre le 14 et le 20 février 2019.

FICHE D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

Nom : Prénom :

Né(e) le |__|_|_|_|_|_|_|_|_| âge |__|_| à : Dépt :

Sexe : F M

N° téléphone portable du jeune :

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : |__|_|_|_|_|_|_| Ville :

Adresse mail :@.....

tél. |__|_|_|_|_|_|_|_|_| tél. port mère |__|_|_|_|_|_|_|_|_| tél. port père |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

Tel pro. de la mère |__|_|_|_|_|_|_|_|_| Tel pro. du père |__|_|_|_|_|_|_|_|_|

Autre : adresse, tél., fax, e-mail (en cas de vacances, déménagements)

Pour la période du au

Situation de famille : Marié(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Célibataire

Avez-vous l'autorité parentale ? : OUI NON

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents) pendant le séjour : M./Mme.....

tél. : Lien de parenté avec l'enfant :

AUTORISATION

Mention obligatoire. Merci de cocher les cases pour en accepter les termes et valider l'inscription de votre enfant.

En cas d'urgence, j'autorise le directeur du centre à prendre toute décision utile suivant avis du médecin, concernant un traitement, une hospitalisation ou une opération.

Je prends note que des films et des photos de mon enfant seront réalisés durant le séjour et que ces derniers pourront être utilisés à des fins non commerciales (promotion du séjour : Affiche, Radio, Page Facebook de la CCGA, Presse ou communication aux familles), je ne pourrai prétendre à aucune rétribution monétaire ou en nature pour le droit à l'image de mon enfant.

Affiche/Flyer

Page Facebook de la CCGA

Radio

Presse

J'autorise mon enfant à pratiquer les activités prévues lors du séjour et dans ce cadre exclusivement à quitter le territoire français, accompagné de l'équipe d'encadrement.

Je soussigné(e), responsable légal du mineur susnommé, déclare avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de participation et d'inscription au séjour, les accepte et m'engage à acquitter l'intégralité de ma participation aux frais de celui-ci à réception de la facture.

Date et signature du représentant légal.

LISTE DES AFFAIRES

- Duvet
- Taie d'oreiller
- Pyjama
- Chaussons (obligatoire)
- Serviette de toilette
- Sac à dos
- Tee-shirts
- Sous-vêtements (2 par jour)
- Paires de chaussettes chaudes (2 par jour)
- Sweats
- Pulls
- Pantalons jeans et/ou jogging
- Baskets
- Lampe de poche
- Affaires de toilettes
- Gourde
- Gants de ski
- Lunettes de soleil ou masque
- Crème solaire haute protection (impératif)
- Baume à lèvres
- Combi ou ensemble de ski
- Blouson chaud
- Bottes après ski (robustes et imperméables) ou chaussures de randonnée

NE PRÉVOIR QU'UN SEUL SAC SI POSSIBLE

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE DURANT LE SEJOUR SAUF
PRESCRIPTION MEDICALE**



<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p>1 - ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

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				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....