

SÉJOUR MONTAGNE 2026

Dates du séjour : du lundi 23 au vendredi 27 février 2026

Lieu d'hébergement : centre de vacances le Relais du LYS à CAUTERETS

Tel : [05 62 92 61 00](tel:0562926100)

Mode d'hébergement : en dur, centre de vacances.

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 : Activités de glisse.

Equipe d'encadrement :

1 directrice et 2 animateurs diplômés.

Les objectifs éducatifs :

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

Durant tout le séjour nous vous tiendrons régulièrement informés par mails, sur les réseaux.

Activités proposées :

- ski ou snow
- raquettes
- patinoires
- Découverte de la faune et flore montagnarde (intervention du CPIE)
- Animations et jeux proposés par l'équipe d'animation

Moyen de transport : Transport PETROLI

La restauration : le matin, midi et soir, elle sera assurée par le prestataire de l'hébergement.

Sauf pour le lundi, prévoir un pique-nique et une collation, 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 15 janvier

- Fiche sanitaire de liaison (CERFA) ci-jointe
- Fiche de renseignements ci-jointe
- Fiche autorisation RGPD
- Certificat médical de non contre-indication pour les activités de montagne (**à fournir après validation d'inscription**).
- Carte d'identité à amener le jour du départ.
- **Choix pour les cours (un seul choix possible)**
 - Snow
 - Ski
- **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 séjour². Après étude de votre dossier par la commission, l'inscription définitive de votre enfant vous sera confirmée par courrier ou par mail entre le 26 et le 29 janvier 2026.

²Rappel des critères de validation du dossier :

- **Age**
- **Le territoire**
- **Date d'arrivée du dossier complet**

RGPD - LOGISTIQUE

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGE POUR LES ACCUEILS ADOS, SEJOUR, ENGAGEMENT CITOYEN ET CHANTIERS JEUNES

Conformément au Règlement Général de la Protection des Données (RGPD) et à la réglementation de la CNIL, vous avez le droit de vous opposer à la diffusion des images de votre enfant (*)

Je soussigné (e),

Madame, Monsieur :

Père, Mère ou Responsable Légal de l'enfant :

Adresse :

Courriel :

J'autorise que des films, des photos et enregistrement de la voix de mon enfant soient réalisés et que ces derniers pourront être utilisés à des fins non commerciales OUI NON

À utiliser les photos et vidéos sur les réseaux sociaux et sur le site internet de la Communauté de Communes du Grand Armagnac. OUI NON

À utiliser l'image de mon enfant sur tous supports de communication de la Communauté de Communes du Grand Armagnac (ex : Affiches, flyers, etc.). OUI NON

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit du nom, j'autorise la Communauté de Communes du Grand Armagnac, à communiquer sur les supports sus mentionnés les images (photos et vidéos) prises dans le cadre des **accueils ados, séjour, engagement citoyen et chantiers jeunes**. Dans ce cadre, elles pourront être confier à des tiers (journalistes, agence de communication) pour les besoins de communication, de promotion ou de publicités de l'institution, des services et des activités qui si rattachent.

Le bénéficiaire de l'autorisation procèdera à l'exploitation des images uniquement sur les supports de communications externes définis ci-dessus. Il s'interdit expressément de procéder à une exploitation des images susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les images, objets de la présente, dans tous les supports à caractères pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Je me reconnaiss être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes. Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de l'image ou du nom de mon enfant.

Fait à , le/...../.....

Signature du représentant légal (si mineur(e))

(Faire précéder la signature de la mention manuscrite « *Lu et approuvé* »)

(*) Les données personnelles collectées dans le cadre de la présente sont destinées et conservées exclusivement dans nos services. Outre le droit d'opposition mentionné ci-dessus, vous disposez de plusieurs autres droits dans les limites prévues par le RGPD et la réglementation de la CNIL. Vous pouvez nous contacter à rgpd@grand-armagnac.fr

FICHE D'INSCRIPTION

Nom : Etablissement scolaire :
 Prénom : Classe :
 Date de Naissance : Accueil de loisirs Ados :
 Téléphone du jeune :

Père

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Téléphone :
 Courriel :
 Autorité parentale : oui non

Mère

Nom :
 Prénom :
 Adresse :
 Téléphone :
 Courriel :
 Autorité parentale : oui non

OU

Si non responsable Légal

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Téléphone : Courriel : Autorité parentale : oui non

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom – Prénom	Lien de Parenté	<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Portable

Personnes autorisées à venir chercher votre enfant

Nom – Prénom	Lien de Parenté	<input type="checkbox"/> Domicile	<input type="checkbox"/> Portable

Allergies

Asthme oui non Médicamenteuses oui non Alimentaires oui non

Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir

Santé

Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation en précisant les dates et les précautions à prendre

Médecin

Nom et Prénom:
N° de Téléphone :

Assurance

Nom :
Police :

Allocataire

Nom Allocataire :
N°:.....
Caisse :

Pièces à Fournir

- Copie des vaccinations (sous enveloppe)
- Fiche d'inscription recto-verso
- Règlement intérieur signé

AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à regagner seul mon domicile OUI NON

Si oui indiquer précisément les conditions d'autorisation (heure, jour, destination) :.....

J'autorise le personnel responsable à prendre toute mesure nécessaire (appel médecin, hospitalisation...) par l'état de santé de mon enfant OUI NON

J'autorise par la présente l'organisateur à consulter mes données personnelles (Quotient familial) par l'intermédiaire de la CDAP de la CAF ou compte partenaire MSA, en vue d'appliquer la tarification correspondant à mes revenus

OUI NON

Je soussigné(e)certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur, de la tarification, des modalités de paiement, de l'ensemble des conditions de fonctionnement de l'Accueil péri et extra-scolaire Ados.

Année scolaire 2023-2024	Année scolaire 2024-2025	Année scolaire 2025-2026	Année scolaire 2026-2027	Année scolaire 2027-2028
Date et Signature				

L'inscription et la participation de votre enfant aux accueils péri et extra scolaires ne sera effective qu'à réception du dossier d'inscription et des fiches de pré-inscriptions – périscolaire – mercredis – vacances – séjour dûment remplies et signées.

LISTE DES AFFAIRES

- Sac de couchage
- 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
- 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

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



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON FILLE **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
Diphthérite				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'ENFANTL'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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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)

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

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

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