

Le Crozet, le 28 Septembre 2016

Madame, Monsieur,

Votre fils (fille) souhaite s'inscrire pour participer au **CAMP SKI du Lundi 20 février au Vendredi 24 février 2017** qui se déroulera dans la station du **COLLET D'ALLEVARD (Alpes)**.

Ce séjour sera organisé en collaboration avec plusieurs accueils de loisirs ados et sera encadré par les équipes de Roannais Agglomération.

Ouvert aux jeunes de 11 à 17 ans, il est accessible autant aux débutants qu'aux skieurs confirmés.

Il sera proposé à un tarif intéressant, et dégressif, **suivant le quotient familial CAF**. Les tarifs varieront de 210€ à 308€ (Sous réserve de la validation du budget présenté)

Cette année, les aides VACAF se déduisent du tarif affiché, une aide supplémentaire de 75€ est accordée pour les **QF inférieur à 700€**. Pour plus d'informations, veuillez nous contacter.

Ce prix comprend le transport, l'assurance, l'hébergement en pension complète, la location éventuelle du matériel, les forfaits et l'encadrement.

Une demi-journée de préparation du matériel **obligatoire** sera organisée. La première date est fixée au Mardi 25 Octobre après-midi et une deuxième au vendredi 28 octobre après-midi.

Vous trouverez ci-joint un dossier d'inscription à remplir **dans son intégralité**

- Fiche sanitaire/renseignements, autorisation parentale et certificat médical à faire remplir par le médecin

et à nous retourner, accompagnés:

- d'une photo d'identité
- Attestation de Sécurité Sociale
- Attestation de responsabilité civile
- Photocopie du carnet de santé (Vaccins)
- d'un chèque d'arrhes de 80€ à l'ordre de **Régie centre de loisirs ados**

Le nombre de place étant limité, les inscriptions seront validées avec le retour du dossier complet, à l'adresse suivante :

Service jeunesse Roannais Agglo
Route de la Gare – Les Minières
42310 LE CROZET

Une réunion de présentation sera organisée en janvier pour les détails du séjour. Dans l'attente, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Les responsables du séjour
SCHMITT Yannick - BONNEFOY Sylvain

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e)..... Père, Mère, Tuteur (1) et responsable de l'enfant..... :

- AUTORISE MON ENFANT à participer au Camp SKI organisé par le Service Jeunesse de Roannais Agglomération du 20 au 24 février 2017 inclus.
- Autorise le responsable du séjour à faire soigner notre fils / fille (1) et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- Nous nous engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.
- Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription au séjour et je m'engage à remplir ce dossier dans son intégralité.

Fait à, le

Signature,

(1) Rayez les mentions inutiles

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Visites lors du séjour :

L'enfant ne pourra être confié par le responsable du séjour aux parents ou à toute autre personne que sur demande écrite et signée du (ou des) responsable (s) légal (s) de l'enfant, qui déchargeront le responsable du séjour de **TOUTE RESPONSABILITE**.

Niveau de ski : Débutant Moyen Confirmé

RENSEIGNEMENTS autres

TAILLE :

POIDS :

POINTURE :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2016/2017

Date : Le / /

Objet : CAMP HIVER 2017

1. JEUNE :

Nom : _____ Date de naissance : / /
 Prénom : _____ Sexe : M F
 Domicile : _____ Code Postal : _____ Commune : _____
 N° téléphone du jeune : _____ N° allocataire CAF : _____

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES :

- La structure est-elle autorisée à utiliser les images du jeune pour son site internet et les réseaux sociaux ?
oui non
- La structure est-elle autorisée à utiliser les images du jeune SAUF sur internet ? oui non
- Votre enfant sait-il nager ? oui non

2. RESPONSABLE(S) DU JEUNE

PERE / TUTEUR

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse (pendant le séjour) : _____

 Tél fixe domicile : _____
 Portable : _____
 Bureau : _____
 @ : _____

MERE /TUTRICE

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse (pendant le séjour) : _____

 Tél fixe domicile : _____
 Portable : _____
 Bureau : _____
 @ : _____

Nom et N° tél du médecin traitant (facultatif) : _____
 Personne(s) autorisées(s) à récupérer le jeune en fin de séjour autres que ci-dessus (Nom/Prénom/n° tél) : _____

3. VACCINATIONS : FOURNIR PHOTOCOPIES DU CARNET DE SANTE

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

4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- a. 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.

- b. L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES 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**.

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

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

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 :