

Roanne, le 18 septembre 2018

Madame, Monsieur,

Votre fils (fille) souhaite s'inscrire pour participer au **CAMP SKI du Lundi 18 Février au Vendredi 22 Février 2019** 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 une tarification adaptée au **quotient familial CAF**. Les tarifs varieront de 214€ à 299€.

Cette année, les aides VACAF se déduisent du tarif affiché, une aide supplémentaire de 75€ est accordée pour les **QF inférieur à 750€**. 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** est organisée le **mardi 23 octobre après-midi**. Vous serez tenu au courant par mail.

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

- Fiche sanitaire/renseignements, autorisation parentale
- 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 :**

Roannais Agglomération  
63 rue Jean Jaures  
42300 ROANNE

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.

L'équipe d'animation

[servicejeunesse@roannais-agglomeration.fr](mailto:servicejeunesse@roannais-agglomeration.fr) 06-35-51-05-56 ou 06-02-36-72-97





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.**

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

**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 :