

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

# 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 18 au 22 février 2019 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 (légaux) 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 2018/2019

Date : Le / /

Objet : CAMP HIVER 2018

**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**

**MERE /TUTRICE**

Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Adresse (pendant le séjour) : _____	Adresse (pendant le séjour) : _____
Tél fixe domicile : _____	Tél fixe domicile : _____
Portable : _____	Portable : _____
Bureau : _____	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 ?

<b>VARICELLE</b>	oui non	<b>ANGINE</b>	oui non
<b>RUBÉOLE</b>	oui non	<b>SCARLATINE</b>	oui non
<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b>	oui non		
<b>COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS</b>	oui non		

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 :