# LES VACANCES DE VOS ENFANTS

## HIVER 2024

6-17 ANS

## MODALITÉS

Début des inscriptions :

**le Vendredi 12 Janvier 2024 de 17h30 à 19h**
**au Château Lestrille (bureau des séjours).**

Pour ceux qui ne peuvent pas se rendre disponible ce soir-là,
les inscriptions se poursuivront, dans la limite des places disponibles,
du Lundi 15 Janvier 8h30 au Vendredi 19 Janvier à 17h
par mail : sejours@artigues-pres-bordeaux.fr

## COORDINATION DES SÉJOURS

**06 75 31 39 25 - sejours@artigues-pres-bordeaux.fr**

# SÉJOUR
## 6/11 ANS (24 PLACES)

- **DU 18/02/2024 AU 24/02/2024**

## NEIGE, CONTES ET COMPAGNIE !

Séjours environnement et nature à la découverte du milieu Montagnard.
**Hébergement au château ROLLAND à GUCHEN / Activités à la station de Piau-Engaly**

Deux demi-journées **d'initiation ski** seront prévues avec l'ESF et des parcours découverte ski-nature avec les animateurs de l'UFCV brevet d'état. Les enfants vont découvrir la montagne par le biais **de multiples activités au choix** (observation de la faune, randonnée raquette, construction d'igloo, parcours de luge, sauvetage en montagne, animations jeux et veillées « l'astronomie, contes et légendes des constellations » autour de la nature et de l'astronomie.... Et création de jeux autour de la faune et la flore à découvrir durant le séjour. Balade en ville et achats de souvenirs. Participation à la vie quotidienne et une autonomie dans la gestion des journées et des activités (tous les soirs les enfants vont choisir et organiser leurs activités du lendemain !) Et bien sur **la soirée Blanche** !! Fête du séjour le dernier soir.

## RÉUNION DE PRÉSENTATION POUR LES FAMILLES

*En présence des animateurs (questions/réponses, organisation, trousseau...)*
**Vendredi 2 Février 2024 à 18h30**
**Salle Marie-Thérèse Eyquem**
**Château Lestrille**

# JE M'ENGAGE POUR MA MONTAGNE !

## SÉJOUR
12/17 ANS (24 PLACES)

- **DU 25/02/2024 AU 01/03/2024**

## ENVIRONNEMENT ET NATURE À LA DÉCOUVERTE DU MILIEU MONTAGNARD

**Hébergement au château ROLLAND à GUCHEN / Activités à la station de Piau-Engaly**

Des journées **d'initiation ski** seront prévues avec l'ESF et des parcours **ski-nature** avec les animateurs de l'UFCV. Les jeunes vont découvrir la montagne par le biais de multiples activités au choix (randonnée raquette, construction d'igloo, parcours de luge, sauvetage en montagne...) Une salle d'activités est dédiée pour des soirées collectives. Animations, jeux et veillées autour de la nature et de l'astronomie. La solidarité et l'entraide seront aussi les maîtres-mots de ces vacances avec une participation à la vie quotidienne et une autonomie dans la gestion des journées et des activités (tous les soirs les enfants vont choisir et organiser leurs activités du lendemain). Création de jeux et discussion autour de l'impact du tourisme hiver et des découvertes du milieu qui nous entoure !! Et bien sur **la soirée Blanche** !! Fête du séjour le dernier soir.

## RÉUNION DE PRÉSENTATION POUR LES FAMILLES

*En présence des animateurs (questions/réponses, organisation, trousseau...)*

**Vendredi 2 Février 2024 à 18h30**
**Salle Marie-Thérèse Eyquem**
**Château Lestrille**

| TRANCHES 2024 | TARIFS SÉJOUR |
|---|---|
| **QF CAF 0 à 600** | 80 € |
| **QF CAF 601 à 1000** | 150 € |
| **QF CAF 1001 à 1100** | 230 € |
| **QF CAF 1101 à 1200** | 250 € |
| **QF CAF 1201 à 1300** | 270 € |
| **QF CAF 1301 à 1400** | 290 € |
| **QF CAF 1401 à 1500** | 310 € |

| TRANCHES 2024 | TARIFS SÉJOUR |
|---|---|
| **QF CAF 1501 à 1600** | 340 € |
| **QF CAF 1601 à 1700** | 370 € |
| **QF CAF 1701 à 1800** | 400 € |
| **QF CAF 1801 à 1900** | 430 € |
| **QF CAF 1901 à 2000** | 450 € |
| **QF CAF 2001 et +** | 495 € |
| **AUTRES** | 500 € |

## Annulation :

Toute annulation devra s'effectuer par courrier. Pour toute annulation intervenant sept jours avant le départ, le montant du séjour sera dû par la famille, sauf si :

- la place peut être pourvue par un autre enfant
- la famille produit un justificatif médical mentionnant que l'enfant ne peut pas partir en séjour

## Pièces à fournir :

- Une attestation de quotient familial CAF de Décembre 2023
- La fiche d'inscription et sanitaire ci-jointe dûment remplie et signée
- Une copie lisible de la carte vitale recto-verso
- Attestation d'assurance extra-scolaire
- Copie de la carte d'identité recto-verso
- Justificatif de domicile

**Inscriptions valables après remise d'un dossier d'inscription complet et signé**

# FICHE D'INSCRIPTION

**À PHOTOCOPIER** pour chaque enfant ou jeune de la même famille

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Sexe : F ◯ M ◯ Âge : .....

Responsable de l'enfant : Mme, M. .....

Adresse : .....

.....

Tél. domicile : .....

Tél. travail : M. : ..... Portable : .....

Mme : ..... Portable : .....

## SÉJOUR CHOISI

◯ 6/11 ans : DU 18 AU 24 FÉVRIER 2024

◯ 12/17 ans : DU 25 FÉVRIER AU 1ER MARS 2024

## INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Taille : .....cm Pointure : .....

Poids : .....kilos

**Niveau de ski ou snowboard :** .....

## PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Je soussigné(e), Mme, M .....

autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant à la fin du séjour :

Nom, prénom : ..... Téléphone : .....

Nom, prénom :..... Téléphone : .....

Nom, prénom : ..... Téléphone : .....

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

**1 - ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ❑ FILLE ❑

## DATES ET LIEU DE 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.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

| VACCINS OBLIGATOIRES | oui | non | DATE DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyelite | | | | 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 | OUI ❑ | NON ❑ | VARICELLE | OUI ❑ | NON ❑ | ANGINE | OUI ❑ | NON ❑ | RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU | OUI ❑ | NON ❑ | SCARLATINE | OUI ❑ | NON ❑ |
| COQUELUCHE | OUI ❑ | NON ❑ | OTITE | OUI ❑ | NON ❑ | ROUGEOLE | OUI ❑ | NON ❑ | OREILLONS | 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.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

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

.....

.....

.....

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui ❑ non ❑

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? oui ❑ non ❑

## 5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM: _____

ADRESSE (pendant le séjour) :

_____

_____

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

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

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

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : ❑ DE LA CMU
❑ D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____ Signature :

## A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

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

.....

.....

.....