



HIVER 2025

LES VACANCES DE VOS ENFANTS

6-17 ANS



PROLONGATION DES INSCRIPTIONS

JUSQU'AU
VENDREDI 14 FÉVRIER 2025 INCLUS

COORDINATION DES SÉJOURS

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





SÉJOUR

- 6/11 ANS (24 PLACES)
- 12/17 ANS (24 PLACES)

• **DU DIMANCHE 2 AU VENDREDI 7 MARS 2025**

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...)

La date sera communiquée prochainement

Mairie / Salle des mariages

DES TARIFS REVUS POUR FACILITER
L'ACCÈS AUX SÉJOURS

TRANCHES ET QF CAF	SÉJOUR 5 JOURS
T1 QF CAF 0 à 600	80 €
T2 QF CAF 601 à 1000	150 €
T3 QF CAF 1001 à 1100	230 €
T4 QF CAF 1101 à 1200	250 €
T5 QF CAF 1201 à 1300	270 €
T6 QF CAF 1301 à 1400	290 €
T7 QF CAF 1401 à 1500	310 €
T8 QF CAF 1501 à 1600	340 €
T9 QF CAF 1601 à 1700	370 €
T10 QF CAF 1701 à 1800	400 €
T11 QF CAF 1801 à 1900	430 €
T12 QF CAF 1901 à 2000	450 €
T13 QF CAF 2001 et plus	495 €
T14 Autres	500 €

2025

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 moins de 3 mois
- Pour les non-allocataires CAF, l'avis d'imposition 2024 (revenus 2023)
- Les fiches d'inscription et sanitaire ci-jointes, dûment remplies et signées
- Une copie lisible de la carte vitale recto-verso
- Attestation d'assurance extra-scolaire
- Copie de la carte d'identité de l'enfant recto-verso
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois

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

(votre dossier sera placé en liste d'attente jusqu'à l'obtention des documents manquants)

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 : M^{me}, M.

Adresse :

ADRESSE EMAIL :

TÉLÉPHONE : M. : Portable :

M^{me} : Portable :

TRANCHE D'ÂGE DE L'ENFANT

☐ 6/11 ans

☐ 12/17 ans

INFORMATIONS CONCERNANT L'ENFANT

Taille :cm

Pointure :

Poids :kilos

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT

Je soussigné(e), M^{me}, 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	
Polio				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)

L'ENFANT EST-IL
SCOLARISÉ ?

☐ OUI ☐ NON

SI OUI, CLASSE ET ÉTABLISSEMENT :

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 RÉGLÉE ?

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

.....

.....

DRIT À L'IMAGE

☐ OUI

☐ NON

J'AUTORISE LA VILLE D'ARTIGUES-PRÈS-BORDEAUX À PHOTOGRAPHER ET/OU FILMER MON ENFANT.
CETTE AUTORISATION EST VALABLE POUR UNE UTILISATION DE L'IMAGE DE MON ENFANT EN TANT QUE TELLE
ET/OU INTÉGRÉE DANS UNE ŒUVRE PAPIER, NUMÉRIQUE OU AUDIOVISUELLE SUR LES SUPPORTS DE LA VILLE.