



HIVER 2026

LES VACANCES DE VOS ENFANTS

6-17 ANS



INSCRIPTIONS

Jeudi 8 Janvier 2026 de 18h à 20h
en Mairie avec le dossier enfant COMPLET

puis par email, [s'il reste des places disponibles](#), à
sejours@artigues-pres-bordeaux.fr
à partir du **Vendredi 9 Janvier à 9h**

COORDINATION DES SÉJOURS

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



SÉJOUR

- 6/11 ANS
- 12/17 ANS

35 PLACES AU TOTAL

- DU DIMANCHE 8 AU VENDREDI 13 FÉVRIER 2026

NEIGE, IGLOO ET COMPAGNIE !

Hébergement au château ROLLAND à GUCHEN

Activités à la station de Piau-Engaly

- 1 séance avec l'**École du Ski Français** puis 3 demi-journées de ski libre avec les animateurs diplômés du séjour par groupe de niveau et au choix de chacun.
- **Jeux de neige** : construction igloo, bataille de boule, rando raquette

RÉUNION DE PRÉSENTATION POUR LES FAMILLES

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

Jeudi 22 Janvier 2026 | 19h
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 €

2026

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 2025 (revenus 2024)
- 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)

Une priorité sera donnée aux enfants qui ne sont jamais partis en séjours hiver

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
Diphthérie				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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

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**.

SOINS ET ATTENTIONS PARTICULIÈRES POUR L'ENFANT :

RÉGIME ALIMENTAIRE DE L'ENFANT :



94



SANS VIANDE



VÉGÉTARIEN



PAI (PANIER REPAS)

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

DROIT À L'IMAGE

011

NON

J'AUTORISE LA VILLE D'ARTIGUES-PRÈS-BORDEAUX À PHOTOGRAPHIER 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.