SEJOUR SKI 2020

Vous trouverez ci-après le dossier d'inscription au séjour Ski proposé par le service Jeunesse de la commune de Beaulieu (en partenariat avec le service Jeunesse de Restinclières).

Ce séjour est organisé avec l'organisme **Verdié Voyages**.

Ce dossier est à retourner complet en Mairie de Beaulieu **au plus tard le vendredi 31 janvier 2020** accompagné de votre règlement de 350 euros (400 euros si extérieur) et de la copie de votre assurance responsabilité civile.

Ce dossier comprend :

- Programme et informations sur le séjour
- Fiche d'inscription au séjour (document à retourner)
- Autorisation parentale obligatoire (document à retourner)
- Certificat médical de non contre-indication (document à retourner)
- Fiche sanitaire de liaison (document à retourner)
- **Pièce d'identité en cours de validité**
- **Autorisation de sortie du territoire** (document à retourner)
- **Carte vitale européenne**
- Fiche de présentation Verdié
- Trousseau conseillé

PROGRAMME

Le transport jusqu'au lieu de séjour est effectué en autocar de tourisme.

Lundi 17 février 2020 :

Départ de BEAULIEU à 10h00. Arrivée prévue vers 14h30. Déjeuner non inclus, prévoir pique-nique. Installation du groupe en Espagne pour l'hébergement au centre de Cerdanya . Après-midi libre (récupération du matériel de ski). Dîner et nuit au centre.

Mardi 18 février 2020 : SKI A Masella

Petit-déjeuner au centre. **Journée ski alpin libre sur la station de Masella.** Déjeuner au restaurant sur les pistes. Dîner et nuit au centre.

Mercredi 19 février 2020 : SKI A Masella

Petit-déjeuner au centre. **Journée ski alpin libre sur la station de Masella.** Déjeuner au restaurant sur les pistes. Dîner et nuit au centre.

Jeudi 20 février 2020 : SKI A Masella

Petit-déjeuner au centre. **Journée ski alpin libre sur la station de Masella.** Déjeuner au restaurant sur les pistes. Dîner et nuit au centre.

Vendredi 21 février 2020 : SKI A Masella et retour Restinclières

Petit-déjeuner au centre.
Matinée ski alpin libre sur la station de Masella.
Départ 14h00 et retour à Restinclières pour 18h30.
Dîner non inclus.

L'hébergement : http://www.campus-cerdanya.com

Les participants seront hébergés **au centre Cerdanya** situé sur la commune de Puigcerda en Espagne

Les repas :

Les repas sont inclus du lundi soir au vendredi midi. Les familles doivent **prévoir le pique-nique du lundi midi.**

INSCRIPTION SEJOUR SKI 17 février au 21 février 2020

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT :

Nom de l'enfant :_____ **Prénom :**_____

Féminin ☐ Masculin ☐

Né(e) le : ...../...../..... Age : .....

Adresse : .....

.....

Code postal: ..... Ville: .....

Téléphone du participant (le cas échéant) :.....

Niveau de ski : Moyen ☐ Confirmé ☐

Précisez : .....

Taille (en cm) : ..... **Poids :** .....
Pointure : ..... **Tour de tête** (en cm) :.....

Première participation à un séjour de vacances : Oui ☐ Non ☐

Votre enfant est-il sensible au mal des transports : Oui ☐ Non ☐

Allergie(s) : Oui ☐ Non ☐ Si oui lesquelles : .....

.....

Régime alimentaire particulier : Oui ☐ Non ☐

Sujet à l'asthme : Oui ☐ Non ☐

Sports dont la pratique **n'est pas autorisée** pour raison médicale :

.....

.....

RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE :

Représentant légal : PERE ☐ MERE ☐ TUTEUR ☐

Nom de la mère :.....**Prénom :**.....
Nom du père :.....**Prénom :**.....

Adresse mère :.....

.....

.....

Téléphone fixe:.....Portable : .....
Email: .....

Adresse père (si différente) :.....

.....

.....

Téléphone fixe:.....Portable : .....
Email: .....

N° de sécurité sociale : .....

Nom et adresse de l'organisme de Sécurité Sociale : .....

.....

Mutuelle : **OUI** ☐ **NON** ☐

Si oui, laquelle : .....

Médecin traitant : .....**Tél** : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence et d'absence des parents :

Nom :.....**Prénom :**.....
Téléphone fixe:.....Portable : .....
Email: .....

Adresse :.....

.....

SEJOUR SKI du 17 février au 21 février 2020

Autorisation parentale obligatoire

Je (nous) soussigné (s).....père/mère ou représentant légal de l'enfant.....

- autorisons notre enfant à participer au séjour « Ski » proposé par le Service Jeunesse de la commune de Beaulieu du 26 février au 2 mars 2018.

- certifions avoir pris connaissance des conditions d'organisation du séjour organisé par le service Jeunesse de la Commune de Beaulieu que nous acceptons sans aucune réserve.

- autorisons formellement les responsables du séjour et/ou le Directeur du centre à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- nous engageons à rembourser les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels

- nous engageons à prendre en charge les suppléments dus au retour individuel de mon enfant ainsi que les frais d'accompagnement le cas échéant.

Fait à Beaulieu,
Le .....

Signature Représentant(s) légal(aux)

SEJOUR SKI 17 février au 21 février 2020

Font Romeu

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION

Je soussigné ..... Docteur en médecine,

certifie avoir examiné ce jour .....
.....

né(e) le .....

domicilié : .....
.....
.....
.....

et avoir constaté qu'il/elle ne présente aucune contre indication à la vie en collectivité et/ou à la pratique des sports proposés dans le cadre du séjour ski auquel il participe du 26 février au 2 mars 2018.

Fait à.....
Le.....

Signature et cachet

TROUSSEAU CONSEILLE

Complétez la colonne « nombre d'articles » au départ et placez cet inventaire dans la valise ou le sac de l'enfant

NOM : **Prénom :**

ARTICLES	NOMBRE D'ARTICLES		
	Conseillé	Départ	Retour
Blouson-Pantalon, Combinaison pour la pratique du ski	2		
Blouson / Vêtement de pluie (hors activités sportives)	1		
Sweats ou polaires	4		
Pantalons (Jeans ou autres)	2		
Dessous manches longues	3		
Polos / T. shirts	4		
Pyjama	1		
Slips/Culottes	4		
Paires de chaussettes pour le ski	3		
Paires de chaussettes	4		
Paire de baskets ou chaussure (hors activités)	1		
Après-ski	1		
Chaussons	1		
Paires de gants pour le ski	1		
Lunettes / Masque ski	1		
Bonnets/Echarpes	2		
Serviettes de douche	1		
Serviette de toilette	1		
Trousse de toilette (brosse à dents, savon, shampoing, peigne, brosse…)	1		
Gant de toilette	1		
Mouchoirs en papier			
Crème solaire	1		
Sac linge sale	1		
Gourde	1		
Petit sac à dos	1		
Lampe de poche	1		
Jeux de société (cartes etc…)			

Le linge doit être marqué au nom de l'enfant
Les chaussures seront marquées à l'encre ou au feutre à l'intérieur

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - **ENFANT** NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON ❑ FILLE ❑

DATES ET LIEU DU 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 ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI ❑ NON ❑	VARICELLE OUI ❑ NON ❑	ANGINE OUI ❑ NON ❑	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ 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.

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

---

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

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

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

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 :

Loopsint 01 64 66 3000