

# LES COLOS FAIS TA VALISE



Pour l'été de vos enfants nous proposons 3 séjours de vacances à Guchen en vallée d'Aure près de St Lary Soulan. Niché au cœur de la montagne, le centre de vacances « Le Choucas » nous offre une capacité d'accueil de 45 enfants par séjour, âgés de 6 à 12 ans.

Au départ de Bruges le samedi matin, les enfants regagneront le centre de vacances en car accompagnés par l'équipe d'animation. Durant toute la semaine, les animateur.rices s'attacheront à proposer quotidiennement des activités multiples et variées (activités manuelles, culturelles et sportives et des grands jeux). Chaque soir nous proposerons une veillée pour bien clôturer la journée ! Le retour se fera également en car à Bruges le samedi en fin de journée.

► Pour s'inscrire il faut :

- Réserver une place en payant un acompte de 40€ par enfant et par séjour
- Télécharger le dossier d'inscription et nous le faire parvenir soit par mail à [faistavalise.inscription@yahoo.com](mailto:faistavalise.inscription@yahoo.com) soit nous remettre en main propre lors de nos permanences au forum des associations (68 avenue de Verdun – 33520 Bruges) :
  - Le 6 mars de 16h30 à 19h30
  - Le 10 avril de 16h30 à 19h30
  - Le 15 mai de 16h30 à 19h30

► Documents nécessaires à la finalisation de l'inscription :

- La fiche de renseignement
  - La fiche sanitaire
  - Une copie du carnet de santé (vaccin)
  - Une copie de l'attestation sécurité sociale
  - Une copie de l'attestation d'aisance aquatique (pour le rafting)
- Le tarif de base est de 390€, un tarif préférentiel de 375€ est appliqué en cas d'inscriptions multiples (famille et/ou amis), de plus une adhésion de 10€ par famille sera demandée.
- Possibilités de règlement en une ou plusieurs fois (l'intégralité du séjour doit être réglé avant le départ) : virement, chèques, espèces, chèques vacances et vacaf.

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS



Dossier à remplir et à renvoyer soit par e-mail à [faistavalise.inscription@yahoo.com](mailto:faistavalise.inscription@yahoo.com)

Ou par courrier à Fais Ta Valise – 68 avenue de Verdun – 33520 BRUGES

## ENFANT

|   |                                 |  |  |                                |
|---|---------------------------------|--|--|--------------------------------|
| Nom de famille  |                                 | Prénom   |  | <b>PHOTO<br/>(OBLIGATOIRE)</b> |
| Date de naissance   | Sexe                            |  |  |                                |
| <input type="text"/>                                      | <input type="checkbox"/> Garçon | <input type="checkbox"/> Fille   |  |                                |
| Est-ce son premier départ en colonie de vacances ?        |                                 | L'enfant bénéficie-t-il de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS, ex-CMU) ?                                     |  |                                |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                                 | <input type="checkbox"/> Oui, je vous transmets la copie de l'attestation de droits <input type="checkbox"/> Non |  |                                |
| S'agit-il d'une inscription multiple ?                    |                                 | Si oui, indiquez le nom du/des autre(s) enfant(s)  |  |                                |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |                                 |  |  |                                |

## RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

|   |  |                    |   |   |  |
|---|--|--------------------|---|---|--|
| Titre   |  | Nom de famille     |   | Prénom  |  |
| <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur |  |                    |   |   |  |
| Adresse   |  |                    | Complément d'adresse (appartement, lieu-dit...) |   |  |
| Code postal   |  | Ville              |   | Adresse e-mail  |  |
| Téléphone fixe  |  | Téléphone portable |   | Numéro à contacter en cas d'urgence pendant le séjour (conseillé) |  |

### Partie à compléter si votre enfant vit à une autre adresse que celle de la ou du responsable légal

|                                |  |                            |  |   |  |
|--------------------------------|--|----------------------------|--|---|--|
| Chez M. ou Mme (NOM et prénom) |  | Adresse                    |  | Complément d'adresse (appartement, lieu-dit...)                   |  |
| Code postal                    |  | Ville                      |  | Adresse e-mail  |  |
| Téléphone fixe et/ou portable  |  | Structure sociale associée |  | Numéro à contacter en cas d'urgence pendant le séjour (conseillé) |  |

## LE SÉJOUR CHOISI

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Du 6 au 13 juillet | <input type="checkbox"/> Du 13 au 20 juillet | <input type="checkbox"/> Du 20 au 27 juillet |
|---|--|--|

## HABITUDES ALIMENTAIRES

|                              |                                    |                                      |
|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RAS | <input type="checkbox"/> SANS PORC | <input type="checkbox"/> SANS VIANDE |
|------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

## LE RÈGLEMENT DU SÉJOUR

|  |                  |                                |   |
|--|------------------|--------------------------------|---|
| Prix du séjour<br>390 €  | Adhésion<br>10 € | Coût total du séjour<br>.....€ | Mode de règlement choisi  |
|  |                  |                                | <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Virement   |
| <input type="checkbox"/> Réduction Inscription multiple -15€<br>..... €  |                  |                                | <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèque Vacances   |
| <input type="checkbox"/> Je souhaite faire un don à Fais Ta Valise pour soutenir le développement des projets de l'association |                  | ..... €<br>(montant libre)     | Je souhaite régler en :   |
| <input type="checkbox"/> Je bénéficie d'aides de la CAF, je transmets mon numéro d'allocataire                                 |                  |                                | <input type="checkbox"/> 1 fois <input type="checkbox"/> 2 fois <input type="checkbox"/> 3 fois <input type="checkbox"/> 4 fois <input type="checkbox"/> 5 fois |
| <b>NB : l'intégralité du séjour doit être payée avant le départ</b>  |                  |                                |   |

En tant que responsable légal de l'enfant, je certifie l'exactitude des informations ci-dessus et m'engage à régler l'intégralité du séjour avant le départ.

J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant par Fais Ta Valise sur ses supports de communication (notamment le blog de séjours) et par un organe de presse en cas d'un reportage (radio, télévision, presse écrite).

Signature  
obligatoire



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE : M  F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

## 1- VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINATIONS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        | DATES |
|---------------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diphthérie                |     |     |                            | Coqueluche                 |       |
| Tétanos                   |     |     |                            | Haemophilus                |       |
| Poliomyélite              |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |       |
|                           |     |     |                            | Hépatite B                 |       |
|                           |     |     |                            | Pneumocoque                |       |
|                           |     |     |                            | BCG                        |       |
|                           |     |     |                            | Autres (préciser)          |       |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

## 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.**

ALLERGIES : ALIMENTAIRES  oui  non  
MEDICAMENTEUSES  oui  non  
AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  oui  non  
Précisez .....

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser  oui  non

## 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, régime spécifique etc...

## 4- RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :