



Dossier d'inscription Séjours Hiver

Feuilles 1 & 2 à conserver par les parents

Lieu du séjour : Chalet "Le Cluny" 73330 Saint-Sorlin d'Arves.

Modalités

Lieu du rendez- vous :

- Gare de Lyon - Hall Méditerranée (Hall 3)
Au sous-sol - Entre voie E et G devant
Mezzo Di Pasta et derrière le kiosque
Relay

Accès à la Gare de Lyon :

- Métro Ligne 1 ou 14
- RER A ou D

Date d'inscription

- Ouverture des inscriptions le 05/11/2018

Formule

Pendant les vacances de Février, la Salésienne de Paris organise pour les jeunes de 7 à 17 ans des séjours 100% neige !

Qu'importe son envie de glisse (ski/surf) et son niveau de ski, votre enfant pourra s'épanouir et s'amuser en toute sécurité et découvrir les pistes enneigées des Sybelles.

Dates

- *Février Séjour 1 - Du samedi 23 février au samedi 02 mars 2019*
- *Février Séjour 2 - Du samedi 02 au samedi 09 mars 2019*

Tarifs

Prix d'un séjour > 720 €

Prix du séjour tout compris :

- Trajet aller/retour
- Hébergement
- Pension complète
- Activités & Animations

Toute annulation du séjour entraîne la retenue d'une partie du prix, à savoir :

- 10% du prix du séjour à plus de 45 jours avant le départ
- 30% du prix du séjour entre 30 et 15 jours avant le départ
- 50% du prix du séjour 15 jours avant le départ

Pièces à fournir

- Bon d'inscription
- Paiement de la cotisation
- Certificat Médical
- Photo d'identité
- Fiche CERFA



TROUSSEAU INDIVIDUEL

Cette liste indicative concerne des séjours de 7 jours. Pour éviter des problèmes de perte de linge, nous ne faisons pas de grosse lessive en milieu de séjour. Nous pourrions toutefois laver quelques affaires ponctuellement en cas de nécessité.

Nous vous déconseillons de prévoir des vêtements ou objets de valeur.

Important : Nous vous conseillons de marquer le trousseau de votre enfant. Ce marquage devra être indélébile et résister aux lavages. Nous ne pourrions engager notre responsabilité en cas de disparition de linge non ou insuffisamment marqué.

DÉSIGNATION	CONSEILLÉ	FOURNI PAR LE PARENTS	RELEVÉ À L'ARRIVÉE	RELEVÉ AU DÉPART
LINGE DE CORPS				
Chaussettes	7			
Sous-vêtements	7			
POUR LA NUIT				
Pyjamas - Chemises de nuit	2			
Paire de pantoufles	1			
VETEMENTS DE JOUR				
Pantalon - Jean's	2			
Survêtement de sport	1			
T-shirts	4			
Sous pull	3			
Pulls - sweat-shirts (chaud)	3			
VETEMENTS D'EXTERIEUR				
Blouson chaud	1			
Echarpe	1			
Bonnet chaud	1			
Gant de Laine	1			
CHAUSSURES				
Après-ski	1			
De ville / de marche	1			
LINGE DE MAISON				
Serviette	2			
House de couette	1			
Gants de Toilette	1			
TROUSSE DE TOILETTE				
Dentifrice + Brosse à dents	1			
Savon - Gel douche - Shampoing	1			
Peigne - Brosse à cheveux	1			
Serviette périodique si besoin	1			
ACTIVITE SKI ET PROTECTION				
Lunette de ski / Masque de ski	1			
Combinaison / Pantalon / Salopette	1			
Bonnet en laine	1			
Gant de ski imperméable	2			
Crème solaire - écran total	1			
Stick lèvres	1			
DIVERS				
Courrier : timbres + enveloppes	3			
Lot de mouchoir en papier	1			
Sac à dos	1			
Livres	3			
OPTIONNEL				
Argent de poche	20 €			
Lampe de poche	1			
Raquette de ping-pong	1			



**Bon d'inscription
 Séjours Hiver**

Feuilles 3 à 6 à remettre au moment de l'inscription à la Salésienne de Paris

Lieu du séjour : Chalet "Le Cluny" 73330 Saint-Sorlin d'Arves.

Dates des Séjours Hiver 2018/2019 (Cochez la ou les case(s) correspondante(s))

- Février Séjour 1 - Du samedi 23 février au samedi 02 février 2019.**
- Février Séjour 2 - Du samedi 02 au samedi 09 mars 2019.**

CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION DE LA SALÉSIENNE					
Date de réception du dossier			Personne ayant traité le dossier		
Historique adhérent 2017/2018	<input type="radio"/> Même section	<input type="radio"/> Autre section	<input type="radio"/> Nouveau		
Montant de l'inscription	€				
Règlement	<input type="radio"/> Chèques	Nb	Total	€	<input type="radio"/> Carte Bleue
				€	<input type="radio"/> Espèce
Observations :					


Si règlement par chèque, merci d'indiquer au dos des chèques, le nom, prénom de l'adhérent et la section Saint Sorlin.

Fiche individuelle de renseignements

Merci de bien vouloir écrire lisiblement

Pièces à fournir avec le dossier

- Certificat Médical
- Fiche CERFA (page 5 & 6)
- Paiement de la cotisation
- Photo d'identité

ADHÉRENT	PHOTO À COLLER	Nom :	Prénom :		
		Né(e) le :	À :		
		Taille :	Poids :	Pointure :	
		Tél. Domicile :	Tél. Portable :		
		Email :			
		Adresse :			
		Code Postal :		Ville :	
		Niveau de ski (Cochez la case correspondante)			
		<input type="radio"/> Débutant	<input type="radio"/> Flocon	<input type="radio"/> 1ère Étoile	
		<input type="radio"/> 2ème Étoile	<input type="radio"/> 3ème Étoile	<input type="radio"/> Étoile D'or	
		<input type="radio"/> Fléchette	<input type="radio"/> Flèche	<input type="radio"/> Chamois	
		Niveau de snowboard (Cochez la case correspondante)			
	<input type="radio"/> Moyen (minimum requis)		<input type="radio"/> Confirmé		
N° Sécurité Sociale :		Centre Sécurité Sociale :			
Nom Mutuelle :		N° Mutuelle :			

Informations Complémentaires

MÈRE	Nom :	Prénom :
	Tél. Domicile :	Tél. Portable :
	Email :	Profession :

PÈRE	Nom :	Prénom :
	Tél. Domicile :	Tél. Portable :
	Email :	Profession :

Conditions d'inscription et d'adhésion

Tarifs : À consulter sur la page 1 du dossier Saint Sorlin 2018/2019.

Inscription : Faite pour la totalité du séjour, le paiement se fait par chèque, CB ou espèce.
Possibilité de régler avec 3 chèques remis et datés du jour de l'inscription, avec encaissements en début de mois.

Certificat médical : Il doit mentionner spécifiquement l'aptitude à la pratique du ski.

Retourner le dossier complet à l'adresse suivante :
Salésienne de Paris - Inscriptions Séjours - 66 bis avenue de Villiers - 75017 - Paris

L'inscription ne sera définitive qu'après le retour du dossier complet et du règlement.

Je soussigné(e),	Nom :	Prénom :
<input type="radio"/>	Agissant en ma qualité de titulaire de l'autorité parentale, tuteur / tutrice de l'adhérent(e) : <i>(cochez la case et remplissez ci-après le cas échéant)</i>	
	Nom :	Prénom :
<input type="radio"/>	L'autorise à rentrer seul à la fin du séjour.	
<input type="radio"/>	N'autorise pas mon enfant à rentrer seul à la fin du séjour. Merci d'indiquer le nom et coordonnées de la personne venant récupérer votre enfant :	
	Nom :	
	Coordonnées :	
<input type="radio"/>	Certifie que l'adhérent(e) est en bonne santé, que rien ne l'oppose à la pratique du ski.	
<input type="radio"/>	Décharge la Salésienne de Paris de toute responsabilité en cas d'accident ou de vol pouvant survenir à l'occasion de la pratique.	
<input type="radio"/>	Déclare avoir pris connaissance des tarifs et des horaires 2018 / 2019 pour l'activité.	
<input type="radio"/>	Autoriser à titre gratuit La Salésienne de Paris, entre le 1 ^{er} septembre 2018 et le 31 juillet 2019 :	
	- À photographier et/ou filmer de manière collective et/ou individuelle, l'adhérent(e) à l'occasion des événements, activités culturelles et sportives qu'elle organise, et/ou auxquelles elle participe.	
	- À publier et/ou diffuser sur le site internet de l'association et sur tout autre support, pendant une durée de cent années, les photographies et vidéos réalisées à l'occasion des événements, activités culturelles et sportives qu'elle organise, et/ou auxquelles elle participe.	
Date :	Signature :	



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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

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

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

OBSERVATIONS

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