



L'accueil de loisirs Propose un séjour printemps Pour les 11-17 ans

Du 21 au 25 avril

Destination Poitiers - *Vienne*

**16
places**



Camping du lac de S^t Cyr (sous tente)

Nombreuses activités de plein air :

- Futuroscope
- Aquascope
- Loisirs autour du lac

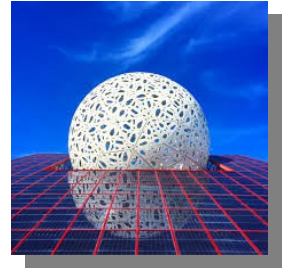
- Inscriptions : avant le 11 avril
- Tarifs selon quotient : Freneusiens 105€ à 315€ / ExtraMuros 350€
- Modalités : paiements échelonnés, chèques vacances acceptés, fournir attestation CAF ou avis d'imposition janvier 2025

Renseignements & réservations :
accueildeloisirs@freneuse78.fr • 06 63 31 57 84 / 01 71 48 40 72



FICHE D'INSCRIPTION

SÉJOUR AVRIL 2025



Je soussigné.e, Monsieur, Madame.....

Déclare par la présente inscrire mon fils, ma
fille.....

Date de naissance :.....

Âge : ans (à partir de 11 ans)

Au séjour printemps à POITIERS (Vienne)

du 21 AVRIL au 25 AVRIL 2025

Tél. famille :

Adresse mail :

Un 1^{er} règlement minimum de 80 € doit être versé lors de la
réservation (chèques à l'ordre de « régie centrale de Freneuse »
ou espèces qui seront encaissés le 20 de chaque mois) **à déposer
à Sandrine Thorel en Mairie.**

Date :

Signature :





LISTE DES DOCUMENTS ET RENSEIGNEMENTS À DONNER POUR LE SÉJOUR PRINTEMPS 2025 ADOS

- ✓ **FICHE D'INSCRIPTION** avec acompte minimum de 80€
- ✓ **FICHE SANITAIRE REMPLIE ET SIGNÉE**

(préciser les régimes alimentaires, allergies et protocole si besoin)

- ✓ **CERTIFICAT MÉDICAL** DATANT DE MOINS DE 1 MOIS de la date du départ.
(apte à la vie en collectivité et à la pratique des sports)
- ✓ **ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE**
- ✓ **CARNET DE SANTÉ** (le jour du départ, à donner à l'animateur)
- ✓ **TEST DE NATATION** (soit un brevet minimum de 25 mètres déjà obtenu ; si l'enfant n'a rien passé, il faut faire remplir l'attestation jointe)
- ✓ **TROUSSEAU DE VÊTEMENTS** DANS LA VALISE
- ✓ **Pour les jeunes de 16 ans et plus**, carte de sécurité sociale et carte nationale d'identité

TROUSSEAU CONSEILLÉ POUR LE SÉJOUR PRINTEMPS 2025

Les vêtements du départ et du retour sont inscrits dans cette liste.

NOM ET PRÉNOM DE L'ADO :

Quantité Conseillée	DÉSIGNATION
	Nous préférons un gros sac plutôt qu'une valise
1	SAC À DOS
1	GOURDE
1	LAMPE DE POCHE
1	CASQUETTE
1	DUVET et OREILLER (petit)
1	TAPIS DE SOL ou MATELAS GONFLABLE 1 PERSONNE
1	PAIRE DE TONG OU CLAQUETTES (pour la douche)
1	MANTEAU
1	K-WAY
2	MAILLOTS DE BAIN (1 short et 1 slip de bain)
5	PAIRES DE CHAUSSETTES
5	SOUS-VÊTEMENTS
5	T-SHIRTS
1	PYJAMA
1	SHORT
3	PANTALONS
2	SURVÊTEMENTS
1	GROS PULL
2	PULLS LÉGERS OU GILET
2	SERVIETTES DE TABLE
1	SERVIETTE DE BAIN
1	GANT ET SERVIETTE DE TOILETTE
1	TROUSSE DE TOILETTE COMPRENANT : Gel douche, shampoing, dentifrice, brosse à dents, peigne ou brosse, coton tige, crème solaire, crème moustique
1	SAC POUR LE LINGE SALE Des mouchoirs, des jeux non encombrants
1	PAIRE DE CHAUSSURES pour tous les jours
1	PAIRE DE CHAUSSURES pour aller dans l'eau
1	PAIRE DE BASKETS QUI TIENT BIEN AUX PIEDS

**PENSEZ À DONNER UN PIQUE NIQUE
LE JOUR DU DÉPART**



Fiche sanitaire de liaison SÉJOUR

Enfant :	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance :
Nom :	Prénom :		

Responsable légal de l'enfant :

Nom du Père :

Nom de la Mère :

Prénom du Père :

Prénom de la Mère :

Adresse du Père :

Adresse de la Mère :

Tél. domicile :

Tél. domicile :

Travail :

Travail :

Portable :

Portable :

Accueil :

Adresse du séjour de vacances :

I - Vaccinations : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
ou DT polio				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (précisez)	

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

Régime alimentaire : sans porc

sans viande

II - Renseignements médicaux :

Poids :Kg Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Asthme oui non

Pour tout traitement (même Asthme) joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*).

Attention : **aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre.**

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Varicelle <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Angine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Otite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Rougeole <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Oreillons <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Scarlatine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Coqueluche <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Allergies : médicamenteuses oui non Lesquels ?.....
alimentaires oui non Lesquels ?.....
autres (pollens, animaux, plantes) Lesquels ?.....

Préciser la conduite à tenir en cas d'allergies:

III - Recommandations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

IV - Nom et tél. du médecin traitant :.....

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.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) : Date :

À remplir par le directeur du séjour et remettre à la famille

Observations :

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

ATTESTATION « SAVOIR-NAGER » EN SÉCURITÉ

définie par l'arrêté du 28 février 2022 relatif à l'attestation du « savoir-nager » en sécurité

Cette présente attestation est délivrée par (nom du directeur de l'école)

.....

à :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Ecole :

Académie de Versailles

Cachet et signature du
directeur de l'école :

Professionnel agréé

Titre, nom, signature :



Professeur : Nom, signature