



# SEJOUR SKI 2018

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 2 février 2018** accompagné de votre règlement de 360 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**)
- Fiche d'adhésion au Service Jeunesse (**document à retourner** si vous n'êtes pas encore adhérent ou en cas de modifications à apporter sur votre adhésion)
- Pièce d'identité en cours de validité
- Autorisation de sortie du territoire (**document à retourner**)
- Carte vitale européenne (en option)
- Fiche de présentation Verdié
- Trousseau conseillé

**Une réunion d'information aura lieu mi-février. La date vous sera communiquée fin-janvier.**

# PROGRAMME

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

## **Lundi 26 février 2018 :**

Départ de Restinclières à 10h00. Arrivée prévue vers 14h15. Déjeuner non inclus, prévoir pique-nique. Installation du groupe en Espagne pour l'hébergement au Chalet le « Cerdanya ». Après-midi libre (récupération du matériel de ski). Dîner et nuit au chalet.

## **Mardi 27 février 2018 : SKI A FONT ROMEU**

Petit-déjeuner au Chalet et départ avec un panier repas pour le déjeuner. **Journée ski sur la station de Font Romeu**. Matériel, forfait et goûter inclus. Dîner et nuit au chalet.

## **Mercredi 28 février 2018 : SKI A FONT ROMEU**

Petit-déjeuner au Chalet et départ avec un panier repas pour le déjeuner. **Journée ski sur la station de Font Romeu**. Matériel, forfait et goûter inclus. Dîner et nuit au chalet.

## **Jeudi 1 mars 2018 : SKI A FONT ROMEU**

Petit-déjeuner au Chalet et départ avec un panier repas pour le déjeuner. **Journée ski sur la station de Font Romeu**. Matériel, forfait et goûter inclus. Dîner et nuit au chalet.

## **Vendredi 2 mars 2018 : SKI A FONT ROMEU et retour**

Petit-déjeuner au Chalet et départ avec un panier repas pour le déjeuner. **Matinée ski sur la station de Font Romeu**. Matériel, forfait et goûter inclus. **Départ 13h et retour à Restinclières pour 17h15**

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

Les participants seront hébergés **au chalet le « Cerdanya »** situé sur la commune de Puigcerda en Espagne à environ 30 minutes de la station. Le Chalet dispose de 53 chambres multiples pour 2 à 6 personnes. Les chambres sont spacieuses, modernes et fonctionnelles, avec de grandes baies vitrées qui offrent des vues spectaculaires sur la vallée. Toutes les chambres disposent de salle de bain privée, télévision par satellite et wi-fi.

**Les repas :**

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

**La station :**

80% du domaine skiable est couvert par des canons à neige. Un ski de qualité assuré toute la saison dans un paysage varié et boisé de 1650 m à 2250 m d'altitude !  
La grande variété des pistes satisfait les débutants comme les confirmés.

Consultez le plan interactif pour connaître en temps réel les pistes et remontées ouvertes :

<https://www.altiservice.com/font-romeu-pyrenees-2000/plan-pistes-interactif>



## INSCRIPTION SEJOUR SKI 26 février au 2 mars 2018

### 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 26 février au 2 mars 2018

### 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 Restinclières,

Le .....

Signature Représentant(s) légal(aux)



**SEJOUR SKI 26 février au 2 mars 2018**  
**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 :**

<b>ARTICLES</b>	<b>NOMBRE D'ARTICLES</b>		
	<b>Conseillé</b>	<b>Départ</b>	<b>Retour</b>
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





# 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
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 <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	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <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	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 :

---