



EVASION ACLEF

Association loi 1901 – N° agrément 075960018

SEJOUR HIVER BAQUEIRA

Madame, Monsieur,

Afin d'enregistrer votre demande d'inscription pour votre(vos) enfant(s) pour le séjour ski/snow à Baqueira, merci de nous faire parvenir les documents suivants :

- La fiche d'inscription avec photo d'identité,
- La fiche sanitaire dûment remplie et signée en indiquant clairement s'il y a des traitements de longue durée ou des pathologies particulières,
- L'autorisation de sortie du territoire avec copie de la carte d'identité recto verso du parent ou du représentant légal autorisant la sortie,
- Les copies de :
 - la carte d'identité recto verso de l'enfant,
 - la carte européenne d'assurance maladie de l'enfant

⚡ **Le jour du départ, votre enfant devra être **obligatoirement** fournir l'original de :**

- sa carte européenne d'assurance maladie **à son nom** en cours de validité ou l'attestation de la demande (à demander à la sécurité sociale ou sur le compte www.ameli.fr).
- sa carte nationale d'identité ou son passeport.

Pour tout traitement à suivre par l'enfant durant le séjour, une ordonnance médicale signée par les parents devra être remise au Directeur ou l'animateur responsable.

En vous remerciant de votre confiance, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Le secrétariat
EVASION ACLEF-CMB



FICHE INSCRIPTION BAQUEIRA 2025

PARTICULIER 8/17 ans

Photo
Obligatoire

A envoyer de préférence par mail à fedevasion31@gmail.com
ou par courrier à EVASION ACLEF c/o SE-UNSA19 boulevard Silvio Trentin - 31200 TOULOUSE

Un acompte de 300 euros est demandé pour garantir la réservation.

- Dates :**
- SKI du 16 au 22 février 2025 SNOW du 16 au 22 février 2025
- SKI du 23 février au 1^{er} mars 2025

L'ENFANT :

NOM : Prénom :

Né(e) le : F/G : Fille Garçon

LE RESPONSABLE :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de Portable : N° de Tél. bureau :

Email :

POUR OBTENIR LES AIDES

N° CAF :

N° Sécurité Sociale :
.....

EN CAS D'ACCIDENT PREVENIR : (Nom et numéro de téléphone)

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE FAMILIALE DE L'ENFANT :

Nom de la compagnie : N° de police d'assurance :

AUTORISATION DES PARENTS :

Je soussigné Père, mère, responsable légal (1)

- autorise le directeur du séjour à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin. Je reconnais à l'organisation le droit de reconduire mon enfant à mon domicile, à mes frais en cas de faute grave. Je m'engage à payer les frais de séjours, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuelles, ainsi que, si nécessaire, les frais de retour et de convoyage en cas d'exclusion.
- autorise mon enfant à participer aux activités du séjour.
- autorise l'utilisation de l'image de mon enfant : OUI NON
(pour suivre le séjour de votre enfant, photos sur notre site à usage exclusif de l'Info Parents avec mot de passe)
- reconnais avoir pris connaissance des CGV d'Evasion ACLEF (cf. www.aclef31.fr) et déclare les accepter .

Fait à

Signature (Ajouter la mention « lu et approuvé ») :

Le

(1) rayer les mentions inutiles.

Important (cocher les cases correspondantes)

Votre enfant est-il venu en 2024 ? NON OUI (niveau obtenu 2024 :

Niveau Ski : Débutant Flocon 1^{ère} étoile 2^{ème} étoile 3^{ème} étoile Confirmé

Niveau Snowboard : Débutant Moyen Confirmé

Viendra avec son propre matériel : Oui Non

Pointure chaussures ville : Taille de l'enfant en cm : Poids :

EVASION ACLEF

c/o SE-UNSA – 19 boulevard Silvio Trentin - 31200 TOULOUSE
Tél. 06 46 79 43 62 – Email : fedevasion31@gmail.com



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

SÉJOUR BAQUEIRA 2025

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (voir carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT polio				Hépatite B	
Ou Tétracoq				Pneumocoque	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical.

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Rubéole : oui non Angine : oui non
Varicelle : oui non Otite : oui non
Scarlatine : oui non Rhumatisme articulaire aigu : oui non
Coqueluche : oui non
Rougeole : oui non
Oreillons : oui non

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie et la conduite à tenir :

.....
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : oui non

(joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....
.....
.....
INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) **EN PRÉCISANT LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....
.....
3 – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL

- DES LENTILLES : oui non
- DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant
- DES PROTHÈSES
ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....
4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

Je soussigné(e),responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

