

Stage Multi-Activités des 29 et 30 avril 2019

2 belles journées 100 % ludiques avec des balades VTT, du tir à l'arc, des jeux d'orientation...

Le PROG : de 9h30 à 16h30 (variable selon météo) :

| | Lundi 29 avril | Mardi 30 avril |
|--------------------|--|--------------------------------------|
| 9h30 -12h30 | Accueil Ateliers maniabilité et/ou balade VTT | Orientation et GPS |
| 12h30 - 14 h | pique-nique (à apporter) | pique-nique ou repas au gîte |
| 14 h - 16h30 | Jeux d'Adresse : Tir à l'Arc, Sarbacane, Biathlon | Jeux sur le vélo et/ou balade VTT |
| 16h30 - Coucher | Temps Libre Dîner Veillée jeux | Goûter |

➤ Pour les jeunes âgés de 7 à 13 ans répartis en 2 groupes 7/10 et 10/13 si mini 6 jeunes par groupe.

ENCADREMENT :

- Xavier CHABANNE l'école buissonnière éducateur sportif brevet d'état AMM/VTT, membre des Moniteurs Cyclistes Français.
- Julien Gurera Escapeo éducateur sportif brevet d'état AMM/VTT, membre des Moniteurs Cyclistes Français.
- Céline DENIS l'école buissonnière, intendance, transport, gestion des temps au Gîte.

TARIFS (seules les inscriptions accompagnées du règlement seront validées) :

- **les 2 jours** : 90 € (encadrement, hébergement en gîte & restauration)
- **Encadrement seul à la journée** : 30 € (repas tiré du sac)
- **Nuitée / repas** comprenant dîner, nuit à co'gîte, petit dèj, repas et goûter : 30 €

NB : Chèques vacances acceptés

MATERIEL :

Chaque participant est tenu d'arriver avec son VTT en bon état de marche.

Prévoir si possible une chambre à air adaptée au vélo.

Prévoir un sac à dos pour emporter une bouteille d'eau et un goûter.

Matériel personnel complet avec au moins 2 paires de chaussures + coupe-vent + sac de couchage (si nuitée).

Prêt de VTT possible sur place.

Bulletin d'inscription

Stage Multi-Activités des 29 et 30 avril 2019

PARTICIPANT (1 fiche par enfant) :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone des parents (obligatoire)

Fixe : _____

Portable : _____

Mail : _____

Jours de présence : Lundi 29 / Mardi 30

Nuitée/repas : oui / non

Renseignements ou remarques: _____

AUTORISATION PARENTALE :

M. ou Mme _____ autorise mon enfant _____
né(e) le : _____ à participer au stage de multi activités organisé les 29 et 30 avril 2019 par l'Ecole
Buissonnière et Escapéo

Je soussigné,responsable légal de l'enfant,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, autorise le transport en véhicule de mon enfant au cours
du stage et autorise l'équipe d'encadrement 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.

Merci de bien vouloir compléter la fiche sanitaire ci-jointe (1 par enfant).

Signature des parents :

à adresser accompagné du règlement à : Xavier CHABANNE Les Rocailles 34520 Le CAYLAR ou par mail
randolarzac@gmail.com



| |
|--|
| L'ENFANT |
| FICHE SANITAIRE DE LIAISON |
| NOM : _____ PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ <input type="checkbox"/> GARÇON / <input type="checkbox"/> FILLE |

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). pas de photocopie

| 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

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 <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 MEDICAMENTEUSES Oui Non
 ALIMENTAIRES Oui Non AUTRES

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours : Oui Non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

