

## STAGE VTT en itinérance : Entre Larzac et Vallées

Pour VTT'iste confirmé pré-ados /ados

Départ Saint Maurice ou le Caylar le dimanche 16 juillet 9h00

Retour Saint Maurice ou le Caylar le vendredi 21 juillet 18 h

- Pour les jeunes âgés de 12 à 16 ans
- Places limitées.
- Séjour en itinérance avec nuitées en bivouac sous tente, douche et toilettes  
«avec les moyens du bord», (2 nuit en camping), repas type pique-nique 1 repas chaud par jour.

### PROGRAMME type d'une journée :

|                  | Dimanche, lundi, mardi,<br>mercredi, jeudi, vendredi.                       |
|------------------|---|
| 8h - 9h30        | Lever, petit déjeuner,<br>démontage et rangement<br>bivouac                 |
| 9h30 - 12h/12h30 | Roulage, avec pose goûté<br>(en milieu de matinée)                          |
| 12h30 - 14 h     | Pose pique-nique  |
| 14 h - 17h30     | Roulage, et/ou activités<br>(Canoé, baignade, Bike Park,<br>Accrobranches)  |
| 18h - Coucher    | Temps pose et jeux<br>Préparation et installation du<br>bivouac et du dîner |

### L'ENCADREMENT :

Activité encadrée par Xavier Chabanne (Moniteur VTT et AMM)  
et Jordan Gaudy (Educateur sportif : VTT, Randonnée et APT)

### TARIFS :

- les 6 jours : 310 € comprenant l'encadrement de toutes les activités sportives par des professionnels, la restauration, les deux nuits de camping, les transports matériels et la logistique.

### MATERIELS : (prêt possible sur demande)

- VTT en bon état de marche : chaine graissée, bon passage des vitesses, freins réglés.
- Matériel nécessaire à la réparation et à l'entretien du vélo avec 2

chambres à air minimum.

- Sac à dos assez grand pour emporter le pique-nique en vélo et pull, veste de pluie...
- 1 tente pour 1 à 3 personnes (arrangez-vous avec votre/vos éventuels copain(s) inscrit (s))
- 1 sac de couchage assez chaud.
- Les vêtements nécessaires à la pratique du VTT, au temps de pose et coucher
- 1 paire de chaussures/tongs supplémentaire pour le soir
- Serviette et nécessaire de toilette

**RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION (impérativement avant le 1<sup>er</sup> juillet 2017):**

L'école buissonnière - Xavier CHABANNE  
Les rocailles 34520 Le Caylar  
06 63 18 80 37  
randolarzac@gmail.com

**FICHE D'INSCRIPTION  
(à envoyer impérativement avant le 1<sup>er</sup> juillet 2017)**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse :

\_\_\_\_\_

Téléphone des parents (obligatoire)

Fixe : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Renseignements ou remarques:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AUTORISATION PARENTALE :**

M. ou Mme \_\_\_\_\_ autorise mon enfant \_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_\_ à participer au stage de VTT en itinérance organisé du 16 au 21 juillet par Xavier CHABANNE.

En cas d'accident de mon enfant, j'autorise les responsables du stage à faire intervenir les secours pour qu'il soit transporté au centre hospitalier le plus proche.

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

Signature des parents :

A adresser accompagné du règlement à : Xavier CHABANNE les rocailles 34520 Le CAYLAR

# MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

## FICHE SANITAIRE de LIAISON 2011

Enfant : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés Jeunesse. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### 1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

| VACCINS OBLIGATOIRES | Oui | Non | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS        |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|
| Diphthérie           |     |     |                            | Coqueluche                 |
| Tétanos              |     |     |                            | Hépatite B                 |
| Poliomyélite         |     |     |                            | Rubéole-Oreillons-Rougeole |
| <b>Ou</b> DT Polio   |     |     |                            | Autres (préciser)          |
| <b>Ou</b> Tétracoq   |     |     |                            | BCG                        |

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

Suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? Oui  Non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments 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 ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

**ALLERGIES :**

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| ASTHME                            | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| ALIMENTAIRES                      | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| MEDICAMENTEUSES                   | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |
| AUTRES (animaux, plantes, pollen) | oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> |

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication)**

.....

.....

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'** (informations sous pli cacheté), **des précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ?

.....

.....

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

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Rubéole   | Varicelle   | Angine  | Rhumatisme<br>Articulaire aigu                            |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Coqueluche  | Otite   | Rougeole  | Oreillons   |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sc

.....

.....

### 4- RESPONSABLE DU MINEUR :

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**TEL DOMICILE :** ..... **TEL. TRAVAIL :** ..... **TEL PORTABLE :** .....

**NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :** .....

**N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) :** .....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

**Date :**

**Signature du responsable légal :**