

Stage VTT des 3 et 4 août 2017

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

	Jeudi 3 août	Vendredi 4 août
9h30 -12h30	Accueil, Ateliers maniabilité et jeux sur le vélo	Rando retour vers le Caylar
12h30 - 14 h	pique-nique (à apporter)	pique-nique ou repas au gîte
14 h - 16h30	Rando sur le plateau vers notre point de bivouac	Ateliers équilibre, petites courses...
16h30 - Coucher	Temps Libre Dîner Veillée jeux	Goûter

- Pour les jeunes âgés de 6 à 9 ans. Mini 6 jeunes.

ENCADREMENT :

- Xavier Chabanne l'école buissonnière éducateur sportifs brevet d'état VTT, membre des Moniteurs Cyclistes Français.
- Sébastien Laurent stagiaire BP JEPS.
- Céline DENIS l'école buissonnière, intendance, transport, gestion des temps au Gîte.

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

- **les 2 jours** : 84 € (hébergement en gîte, restauration et encadrement)
 - **Encadrement seul à la journée** : 30 € (repas tiré du sac)
 - **Nuitée** : 12 € (encadrement, intendance et gîte si mauvaise météo)
 - **Repas** : petit déjeuner 4 €, midi 6 €, soir 6 €
- (NB : Bons CAF acceptés)

MATERIEL :

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

Prévoir une chambre à air adaptée au vélo.

Prévoir pour les midis un sac à dos pour emporter votre pique-nique en vélo.

Prêt de VTT possible sur place.



Sports Loisirs Nature Aventure

Xavier CHABANNE & Céline DENIS
les rocailles 34520 Le CAYLAR en LARZAC
06.63.18.80.37  école buissonnière
randolarzac@gmail.com
www.randolarzac.com

N° SIRET 503 716 151 000 25
Educ Sportif n°03408ED0222

RENSEIGNEMENTS ET

INSCRIPTION (jusqu'au 10 avril 2017) :

Bulletin d'inscription

Stage VTT des 3 et 4 août 2017

PARTICIPANT (1 fiche par enfant) :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone des parents (obligatoire)

Fixe : _____

Portable : _____

Mail : _____

Jours de présence : Jeudi 3 / Vendredi 4

Repas : oui / non

Jours (préciser):

Hébergement : oui / non

Renseignements ou remarques: _____

AUTORISATION PARENTALE :

M. ou Mme _____ autorise mon enfant
_____ né(e) le : _____ à participer au
stage de VTT organisé les 3 et 4 août 2017 par l'Ecole Buissonnière.

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

ACTIVITES et SEJOURS / ANNEE CIVILE 2017

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	L'ENFANT
	NOM : _____
	PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____

FICHE SANITAIRE DE LIAISON	L'ENFANT	
	NOM : _____	
	PRÉNOM : _____	
	DATE DE NAISSANCE : _____	
GARÇON / FILLE		

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

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATE
	Oui	Non			
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 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.

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

RUBÉOLE		VARICELLE		ANGINE		RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ		SCARLATI	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	N
COQUELUCHE		OTITE		ROUGEOLE		OREILLONS			
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		

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)

ble légal 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 :

Document issu de l'original CERFA paramétré pour les besoins de L'ECOLE BUISSONNIERE, mars 2017