

Stage VTT des 2, 3 et 4 août 2017

Le **PROG** : de 9h30 au coucher (variable selon météo) :

	Mercredi 2 août	Jeudi 3 août	Vendredi 4 août
Avant 9h30	Accueil des participants	Lever, petit déjeuner, démontage et rangement bivouac	Lever, petit déjeuner, démontage et rangement bivouac
9h30 - 12h/12h30	Roulage, avec pose goûté (en milieu de matinée)	Roulage, avec pose goûté (en milieu de matinée)	Roulage, avec pose goûté (en milieu de matinée)
12h30 - 14 h	Pose pique-nique	Pose pique-nique	Pose pique-nique
14 h - 17h30	Roulage, et/ou ateliers mania/départs...	Roulage, et/ou ateliers mania/départs...	Roulage, et/ou ateliers mania/départs...
18h - Coucher	Temps pose et jeux Préparation et installation du bivouac et du dîner	Temps pose et jeux Préparation et installation du bivouac et du dîner	

➤ Pour les jeunes âgés de 9 à 12 ans. Mini 6 jeunes. (en parallèle aura lieu le stage pour les 6-9 les 3 et 4 août. Les poses pique-nique du 3 et 4 et la soirée du 3 se fera tous ensemble.

ENCADREMENT :

- Xavier Chabanne l'école buissonnière éducateur sportifs brevet d'état VTT, membre des Moniteurs Cyclistes Français.
- Jordan Gaudy Sud Aveyron Sport Nature, éducateur sportif VTT et rando)
- 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 € (encadrement, restauration, intendance...)
- **les 3 jours** : 142 € (encadrement, restauration, intendance...)
- **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.

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION (jusqu'au 1^{er} Août 2017) :

Stage VTT des 2, 3 et 4 août 2017

Bulletin d'inscription

PARTICIPANT (1 fiche par enfant) :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone des parents (obligatoire)

Fixe : _____

Portable : _____

Mail : _____

Jours de présence : Mercredi 2 / 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 2, 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



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
Diphthérie				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)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (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 : PORTABLE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e),responsable 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 seul habilité à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :