



DOCUMENT À CONSERVER

SÉJOURS 7 JOURS AU LOUP-GAROU

PETITES VACANCES

POUR VENIR AU LOUP-GAROU

Passer de préférence par le village de « La Barre de Sepvret » sur la route Melle - Poitiers (D950).
(GPS Latitude : 46.26605199999999 Longitude : -0.01145900000005895)



HORAIRES D'ACCUEIL

Nous accueillons les enfants :
le dimanche entre 15h et 17h

Vous devez récupérer les enfants :
le samedi entre 11h et 12h

MOYENS DE COMMUNICATION PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT

Courrier postal (enveloppes timbrées à préparer avec vos coordonnées postales).

N° de **téléphone d'URGENCE** du Loup-Garou : vous sera transmis à l'accueil le jour d'arrivée.

En cas de besoins et de demande de l'enfant nous lui donnerons la possibilité de vous appeler.

Blog : accès via notre page d'accueil de site www.loup-garou.fr

Nous rappelons que nous ne sommes pas responsables de la perte ou vol de tout objet de valeur (téléphones portables, appareils photos ou caméras, matériels audio, vêtements de marque, bijoux...)

INVENTAIRE

à compléter et à remettre dans la valise de l'enfant

SÉJOURS 7 JOURS AU LOUP-GAROU

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT

PETITES VACANCES

Vous trouverez ci-après l'inventaire des affaires personnelles que votre enfant doit apporter lors de son séjour d'une semaine.

Merci de noter le nombre dans les cases **Nb** en préparant la valise avec l'enfant.

ATTENTION n'oubliez pas de tenir compte des vêtements qu'il portera sur lui.

| Réservé Cavale NE RIEN INSCRIRE | | | |
|------------------------------------|-------|---------|--------|
| VÊTEMENTS | Nb | Arrivée | Départ |
| 7 slips | | | |
| 7 paires de chaussettes | | | |
| 7 pantalons | | | |
| 4 pulls ou sweats | | | |
| 7 t-shirts ou sous-pulls | | | |
| 1 blouson imperméable | | | |
| 1 paire de gants | | | |
| 1 bonnet | | | |
| COUCHAGE | Nb | Arrivée | Départ |
| 1 pyjama | | | |
| 1 duvet | | | |
| 1 taie d'oreiller carrée | | | |
| 1 drap housse 90x190cm | | | |

| Réservé Cavale NE RIEN INSCRIRE | | | |
|---|-------|---------|--------|
| TROUSSE TOILETTE | Nb | Arrivée | Départ |
| 2 serviettes de bain | | | |
| 1 brosse à dent + dentifrice | | | |
| 1 brosse ou peigne | | | |
| 1 savon - gel douche | | | |
| 1 shampoing (anti-poux si nécessaire) | | | |
| Serviettes hygiéniques (si nécessaire) | | | |
| CHAUSSURES | Nb | Arrivée | Départ |
| 1 paire de baskets | | | |
| 1 paire de bottes | | | |
| 1 paire de chaussons | | | |
| 1 paire de chaussures qui tiennent la cheville (moto) | | | |

| Réservé Cavale NE RIEN INSCRIRE | | | |
|------------------------------------|-------|---------|--------|
| DIVERS | Nb | Arrivée | Départ |
| Mouchoirs en papier | | | |
| 1 gourde avec nom et prénom | | | |
| Sac en tissu pour le linge sale | | | |
| Enveloppes timbrées avec adresse* | | | |
| 1 sac à dos | | | |
| 1 serviette de table | | | |

*Facultatif

- Nous vous demandons de marquer les vêtements, chaussures et toutes affaires personnelles.
- En cas d'oubli, nous vous renverrons uniquement les affaires marquées.
- Par ailleurs, nous vous rappelons que l'Association CAVALE n'est pas responsable des objets de valeur apportés par l'enfant (bijoux, téléphone portable, matériel audio, vêtement de marque, ...)
- Les médicaments (avec ordonnance obligatoire) devront être hors du sac pour être donnés en main propre à l'accueil.

Au plaisir de vous rencontrer prochainement, recevez Madame, Monsieur, nos sincères salutations.



L'équipe de direction



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

PETITES VACANCES

1

PHOTO

Gare de St-Maixent

Oui

Date Arrivée :

Heure :

Cadre réservé, ne rien inscrire

Date Retour :

Heure :

Séjour

du..... au.....

Séjour

du..... au.....

Nom de l'enfant : F M

Prénom :

Date de naissance :

Adresse où réside l'enfant (*adresse du lieu de vie principal*)

Code Postal : Ville :

Responsable légal de l'enfant : Père Mère Autre :

| Coordonnées du responsable légal 1 | Coordonnées du responsable légal 2 | Coordonnées du responsable administratif (si différentes) |
|--|--|---|
| Nom : | Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : | Adresse : |
| Code postal : | Code postal : | Code postal : |
| Ville : | Ville : | Ville : |
| Tél domicile : | Tél domicile : | Tél domicile : |
| Tél Travail : | Tél Travail : | Tél Travail : |
| Tél Portable : | Tél Portable : | Tél Portable : |
| E-mail :@ | E-mail :@ | E-mail :@ |
| Profession : | Profession : | Profession : |
| <input type="checkbox"/> Garde exclusive | <input type="checkbox"/> Garde exclusive | Lien avec l'enfant : |
| | <input type="checkbox"/> Garde alternée | |

IMPORTANT : NOM ET N° DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE À CONTACTER PENDANT LE SÉJOUR

.....

→ L'enfant dépend-il de l'Aide Sociale à l'enfance ? oui → n° de département : non
 → L'enfant est-il en famille d'accueil ? oui → n° de département : non
 → Situation familiale pouvant aider l'équipe d'animation (séparation, décès, autres...) :

.....

à noter si vous le jugez nécessaire

Depuis quand ?

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

N° d'allocataire CAF :ou MSA :
 N° de S.S : qui couvre l'enfant
 Nom et adresse du centre payeur :
 Nom et adresse de la mutuelle :

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

| Mettre une croix | oui | non | | oui | non | | oui | non |
|------------------|-----|-----|--------------------------------|-----|-----|------------|-----|-----|
| Rubéole | | | Rougeole | | | Coqueluche | | |
| Oreillons | | | Otites | | | Scarlatine | | |
| Varicelle | | | Asthme | | | Méningite | | |
| Angine | | | Rhumatisme articulaire aigu | | | | | |

ALLERGIES :

Asthme : oui non Médicamenteuses : oui non
 Alimentaires : oui non Autres

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler)

.....

DIFFICULTÉS DE SANTÉ

(Maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

Précisez les dates et les **précautions à prendre.**

.....

Attention : Les difficultés non signalées pourraient amener l'équipe à interrompre le séjour de l'enfant si celles-ci se révélaient importantes.

L'enfant dépend-il de la **MDPH** (Maison départementale des personnes handicapées) oui non

TRAITEMENT MÉDICAL

L'enfant doit-il suivre un traitement pendant son séjour ? oui non peut-être

Raisons médicales :

.....

Si oui ou peut-être, **APPORTER IMPÉRATIVEMENT UNE ORDONNANCE RÉCENTE LE JOURS DE L'ACCUEIL**

Nom et coordonnées du médecin traitant :

.....

AUCUN MÉDICAMENT NE SERA ADMINISTRÉ À L'ENFANT SANS ORDONNANCE, QUEL QU'EN SOIT L'USAGE (y compris antalgiques, pommades...)

RÉGIME ALIMENTAIRE

- Pas de régime particulier
 Sans porc
 Végétarien
 Végan
 Végétalien
 Allergie alimentaire :
 Autre :

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Précisez :

S'agit-t-il d'un premier séjour loin des parents ?

oui non

L'enfant sait nager :

oui ; quelle distance : non

Précisions :

L'enfant sait faire du vélo :

oui, avec assurance oui, avec appréhension non

Précisions :

L'enfant est-il énurétique ?

oui non occasionnellement

Si oui, merci de fournir les couches

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée :

oui non

Pour les adolescents, l'enfant est-il autorisé à fumer :

oui non

Précisions :

Si l'enfant souhaite partager le même hébergement qu'un autre enfant du même sexe :

Nom et prénom de l'autre enfant :

REMARQUES OU RECOMMANDATIONS

Souhaitez-vous nous préciser des informations complémentaires sur votre enfant ?

Ces informations permettront de faciliter la prise en charge de votre enfant par ses animateurs référents (besoins et habitudes au moment de l'endormissement, gestion de ses émotions, degrés d'autonomie pour gérer sa vie quotidienne, besoin de sommeil ...)

En cas d'accident ou de maladie, le Centre s'efforce, le plus rapidement possible, de prévenir les parents. En cas de nécessité, ou sur orientation des services de secours, le centre pourra être amené à conduire l'enfant au Service des Urgences le plus proche.

Mon enfant sera en séjour avec l'association Cavale du/...../..... au/...../..... .

J'autorise toute intervention chirurgicale nécessitée par l'état de santé de mon enfant, pour le cas où aucun responsable légal ne pourrait être joint en temps utile pour être présent et pour consentir à cette intervention. oui non

J'autorise le Centre, en cas d'indisponibilité, à reprendre l'enfant à la sortie de l'Établissement de santé. J'autorise le Directeur(trice) du Centre de Vacances à prendre toute mesure rendue nécessaire par l'état de l'enfant (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale). oui non

Je soussigné(e), Mme / Melle / M.

Responsable légal de l'enfant :

■ Déclare avoir pris connaissance des conditions générales sur la brochure et y souscrire.

■ M'engage à venir accueillir l'enfant à son retour
ou confie l'enfant à :

M. ou Mme :

Lien avec l'enfant :

■ Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

■ Autorise celui-ci à participer au séjour et déclare qu'il est apte à pratiquer les activités énumérées sur le programme.

■ M'engage à payer la part des frais incombant à la famille qui auraient été avancés par l'organisateur : frais médicaux, d'hospitalisation ou d'opération éventuelle.

■ Autorise un responsable de séjour à transporter mon enfant en voiture ou en car pendant le séjour.

■ M'engage à prendre en charge, en cas d'inadaptation dûment justifié, les frais de retour de l'enfant et de l'accompagnateur ou à venir le chercher moi-même.

■ Autorise l'enfant à être photographié ou filmé pour les éventuelles promotions du centre.
En cas de refus, je joins un courrier précisant l'interdiction.

■ Déclare qu'à ce jour, l'enfant ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité.

Fait à :, le

Mention manuscrite « *Lu et approuvé* »
+ signature responsable légal obligatoire

DOCUMENTS À JOINDRE IMPÉRATIVEMENT AVANT LE SÉJOUR

VOTRE DATE D'ÉCHÉANCE : Merci de transmettre votre dossier par courrier
au plus tard 1 mois avant la date de début du séjour de vacances.

POUR TOUS LES SÉJOURS

- La **Fiche Sanitaire** remplie dans sa totalité. AUTORISATIONS à cocher et signer
- Le **règlement du solde** du séjour
(sauf prise en charge totale départementale, participation parents ou famille accueil à régler avant le séjour).
- La **photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale**
(document indispensable que vous pouvez demander à votre caisse par Internet)
ou de la carte CSS à jour. (PAS DE photocopie de la Carte Vitale, c'est inutile)
- La **photocopie de la mutuelle complémentaire** à jour (sauf si CSS).
- L'attestation d'assurance de **responsabilité civile** (pensez à vérifier que celle-ci couvre votre enfant pour les colonies)
- La **photocopie des vaccins** à jour
- Si l'enfant suit un traitement pendant son séjour, joindre l'**ordonnance aux médicaments**. (cf explications dans la fiche sanitaire)
- Si choix de transport, en option, joindre la photocopie du billet de train ALLER Gare de Saint-Maixent-l'École (l'original du billet du retour dans la valise) car nous ne prenons pas en charge la réservation et le paiement du train ! Cela nous permet de décharger un animateur pour aller chercher ou ramener un enfant à la gare. Il conviendra de choisir un horaire aller **après 13h le jour d'arrivée** et **avant 11h le jour du départ**.

Nous vous rappelons qu'aucun document ne sera conservé à la fin de l'année. Tout dossier sera à re-constituer pour l'année suivante, merci donc de garder un exemplaire original (certificats, attestations...)

Tout enfant sera refusé si le dossier est incomplet.

Nous ne vous confirmons pas l'arrivée du dossier,

nous vous informons pour tout document manquant par mail, téléphone ou sur votre facture