



# La Mairie de Freneuse Organise un séjour hiver Pour les jeunes 11 à 17 ans

Du 13 au 20 avril

Destination Chatel en Haute Savoie



Inscription  
avant  
le 29/03

24  
places

Hébergement au chalet « les Cyclamens »  
Au pied des pistes

Loïc, Bastien et Olivier vous proposent :

- 5 à 6 jours de ski dont possibilité snowboard
- piscine
- marché savoyard
- veillées

• Tarifs selon quotient : Freneusiens de 296€ à 888€  
Extra-muros 990 €

• Modalités : paiements échelonnés, chèques vacances et AVE en cours de validité acceptés

Rens. Olivier FONTAINE  
coordonnateur enfance/jeunesse  
06 63 31 57 84 / 01 71 48 40 72



# **FICHE D'INSCRIPTION**

## **SÉJOUR SKI 2024**

**(Ados de 11 à 17 ans)**

**Je soussigné(e), Monsieur, Madame.....**

**Déclare par la présente inscrire mon fils, ma  
fille.....**

**Date de naissance :.....**

**Taille :                      Pointure :                      Poids :**

**Niveau de ski obtenu ou nombre d'années de  
pratique :.....**

**Au séjour ski à CHATEL du 13 AU 20 AVRIL 2024**

**Tél famille :**

**Ci-joint un chèque de réservation de 80 € (ou +)**

**Date :**

**Signature :**





RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
DÉPARTEMENT DES YVELINES  
VILLE DE FRENEUSE

**LISTE DES DOCUMENTS ET  
RENSEIGNEMENTS  
À DONNER POUR LE SÉJOUR SKI  
DU 13 AU 20 AVRIL 2024**

- ✓ **FICHE D'INSCRIPTION** + chèque de réservation 80 € minimum (ou directement une partie du montant du séjour)
- ✓ **FICHE SANITAIRE REMPLIE ET SIGNÉE** (à jour de la vaccination DTPolio)
- ✓ **ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE**
- ✓ **CERTIFICAT MÉDICAL** DATANT DE MOINS DE 1 MOIS de la date du départ.
- ✓ **CARNET DE SANTÉ** (le jour du départ, à donner à l'animateur)
- ✓ **TROUSSEAU DE VÊTEMENTS** DANS LA VALISE (facultatif pour les ados)
- ✓ **LES ADOS DE PLUS DE 16 ANS DEVRONT SE MUNIR DE LEUR CARTE D'IDENTITÉ ET DE LEUR CARTE VITALE**
- ✓ **EN CAS DE TRAITEMENT MÉDICAL , FOURNIR LES ORDONNANCES ET LES MÉDICAMENTS**

## TROUSSEAU CONSEILLÉ POUR LE SÉJOUR DE SKI 2024

Les vêtements du départ et du retour sont inscrits dans cette liste.

Ce trousseau est donné à titre indicatif et les animateurs ne seront pas responsables des vêtements de vos enfants.

Quantité Conseillée	Quantité au départ à remplir par les parents	<b>DÉSIGNATION</b>
1		ANORAK imperméable (avec capuche)
1		COMBINAISON DE SKI (imperméable)
1		LUNETTES DE SKI (masque de préférence)
1		APRÈS SKI (imperméable)
1		BONNET DE LAINE
1		ÉCHARPE
5		PAIRES CHAUSSETTES DE SKI
7		PAIRES CHAUSSETTES
2		PAIRE DE GANTS DE SKI IMPERMÉABLES
1		CHAUSSONS D'INTÉRIEUR
1		PAIRE DE CHAUSSURE
1		PYJAMA
8		SLIPS OU CALEÇONS
8		TEE SHIRTS
2		PANTALONS ou SURVÊTEMENT
2		GROS PULL-OVERS
2		PULLS LÉGERS
1		SERVIETTE DE TABLE
2		GANT ET SERVIETTE DE TOILETTE
1		TROUSSE DE TOILETTE COMPRENANT : Savon, dentifrice, shampoing, brosse à dents, peigne ou brosse, tube de protection solaire, stick à lèvres.
1		SAC POUR LE LINGE SALE
1		APPAREIL PHOTO (facultatif) Des mouchoirs, des jeux non encombrants et le nécessaire pour courrier (enveloppes timbrées avec les adresses)



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE  
DÉPARTEMENT DES YVELINES  
VILLE DE FRENEUSE

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON SÉJOUR

<b>Enfant :</b>	<input type="checkbox"/> fille	<input type="checkbox"/> garçon	Date de naissance : .....
<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>		

### Responsable légal de l'enfant :

Nom du Père :

Nom de la Mère :

Prénom du Père :

Prénom de la Mère :

Adresse du Père :

Adresse de la Mère :

Tél. domicile :

Tél. domicile :

Travail :

Travail :

Portable :

Portable :

### Accueil :

Adresse du séjour de vacances : Les cyclamens, Petit châtel, 74390 CHATEL

Dates du séjour : du ...13/04/2024 au 20/04/2024

**I - Vaccinations :** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins Recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
ou DT polio				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (précisez)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE INDICATION

### II - Renseignements médicaux :

Poids : .....Kg    Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ?     oui     non

Asthme     oui     non

Pour tout traitement (même Asthme) joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant).

**Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

Indiquer les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

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

<b>Rubéole</b>	<b>Varicelle</b>	<b>Angine</b>	<b>Otite</b>	<b>Rougeole</b>
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Rhumatisme articulaire aigu</b>	<b>Oreillons</b>	<b>Scarlatine</b>	<b>Coqueluche</b>	
<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"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Allergies : médicamenteuses  oui  non Lesquelles ?.....  
alimentaires  oui  non Lesquelles ?.....  
autres (pollens, animaux, plantes) Lesquelles ?.....

**Préciser la conduite à tenir en cas d'allergies:**

### **III - Recommandations utiles :**

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ?

### **IV - Nom et tél. du médecin traitant :**.....

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant, **déclare exacts** les renseignements portés sur cette fiche et **autorise** le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature (*précédée de la mention lu et approuvé*) :                      Date :

À remplir par le directeur du séjour et remettre à la famille

Observations :

.....  
.....  
.....