

**DOSSIER D'INSCRIPTION**

**SEJOUR SKI**

**LE GRAND BORNAND**

Merci de nous retourner ce dossier accompagné OBLIGATOIREMENT des pièces suivantes :

- Fiche d'inscription complétée et signée
- Chèque d'arrhes de 50 euros
- Fiche renseignements ski
- Fiche sanitaire complétée et signée avec les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé
- Quotient familial CAF
- Photocopie de l'attestation CMU (si vous en êtes bénéficiaire)
- L'autorisation de photographie ou de filmer (formulaire ci-joint)

**ATTENTION**

**L'INSCRIPTION NE SERA EFFECTIVE QU'A RECEPTION DU DOSSIER COMPLET**



# FICHE D'INSCRIPTION

Remplir une fiche par enfant et par séjour

## SEJOUR

Lieu : \_\_\_\_\_

du \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## NOM DE L'ENFANT

## Prénom


 Fille  
 Garçon

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Age (au moment du séjour) : \_\_\_\_\_

## RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : Père - Mère - Tuteur / Mariés - Divorcés - Célibataire - Vie maritale - Veuf (1)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

☎ Domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☎ Portables : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**Aide aux vacances CAF : OUI / NON**  joindre **OBLIGATOIREMENT** la photocopie du Quotient Familial  
 J'autorise la Ligue de l'Enseignement à recueillir des informations concernant mon droit auprès de la CAF de la Loire Atlantique afin de vérifier mon éligibilité et de simplifier mes démarches.

### SI L'ENFANT VIT EN FAMILLE D'ACCUEIL

Nom Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SI L'ENFANT VIT EN FOYER

Nom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente.*

Signature du responsable légal

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT  
 UN ACOMPTE DE 50  
 euros pour valider  
 l'inscription**

USEP SAINT NAZAIRE/ 69 rue Vivant Lacour – 44600 SAINT NAZAIRE

☎ : 07.68.79.40.34 / Email : [stageusep@gmail.com](mailto:stageusep@gmail.com) / Site : <https://www.gepal.org>

# USEP SAINT NAZAIRE

## FICHE RENSEIGNEMENTS SKI

SEJOUR LE GRAND BORNAND du 11/02/2022 au 18/02/2022

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

POINTURE : \_\_\_\_\_ TAILLE (en cm) : \_\_\_\_\_

TOUR DE TETE (en cm) : \_\_\_\_\_ ➤ **LE CASQUE EST OBLIGATOIRE**

***Merci de n'oublier aucun des renseignements demandés***

### NIVEAU SKI

- Je suis débutant
- J'ai déjà skié
- Je me situe parmi les
- Je prends le téléski sans problème
- Je prends le téléski sans problème mais il m'arrive de tomber
- Je ne suis pas du tout à l'aise sur le téléski
- Je sais prendre d'autres remontées : \_\_\_\_\_
- Très peu
- Un peu
- Beaucoup
- Débutants
- Intermédiaires
- Bons

### Sur les tableaux suivants, tu peux cocher plusieurs cases

	Je ne tourne pas du tout	Je tourne difficilement	Je tourne "moyen"	Je tourne "bien"
En chasse-neige				
Skis parallèles				

	Je n'y vais pas	Je me débrouille mal	Je ne me débrouille pas trop mal	Je suis à l'aise
Pentes faibles Pistes bleues, vertes				
Pentes moyennes Pistes rouges				
Pentes fortes Pistes noires				

### J'ai déjà réussi les tests :

- 1<sup>ère</sup> étoile
- 2<sup>ème</sup> étoile
- 3<sup>ème</sup> étoile
- cabri
- chamois de \_\_\_\_\_
- fléchette
- flèche de \_\_\_\_\_

# FICHE SANITAIRE



**A RETOURNER A L'USEP AVANT LE DEPART  
69RUE VIVANT LACOUR 44600 SAINT NAZAIRE**

## AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Nous, soussignés, \_\_\_\_\_ père/mère/tuteur,  
responsables de l'enfant \_\_\_\_\_

- Autorisons notre enfant, inscrit ci-dessus, à participer à toutes les activités organisées pendant son séjour en centre de vacances.
- Autorisons le directeur du séjour à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales d'urgence, selon les prescriptions du médecin consulté.
- Nous engageons à rembourser le Groupement Nazairien USEP les frais d'honoraires de médecin, les frais de pharmacie, les frais d'hospitalisation et d'opération ou toute intervention pour la sécurité de notre enfant ayant entraîné des frais (avec justificatifs).
- Nous engageons à payer la totalité des frais de séjour restant à notre charge (coût du séjour déduction faites des aides déjà versées).
- Nous engageons à prendre en charge les suppléments dus à un retour individuel de notre enfant, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.
- Acceptons que notre enfant ne puisse quitter le centre de vacances en cours de séjour, qu'avec nous-même ou un membre de la famille en possession d'une décharge de responsabilité à l'attention du directeur du centre de vacances.
- **Personnes autorisées à récupérer l'enfant le jour du retour**

NOM / PRENOM	TELEPHONE et N° CARTE IDENTITE

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ecrire à la main, "Lu et approuvé" et signer.

SEJOUR : \_\_\_\_\_

DATES : du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## L'ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe :  F  G

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'enfant a-t-il fréquenté un accueil de loisirs :  oui  non

L'enfant vient-il pour la première fois en centre de vacances :  oui  non

Si "NON", centres fréquentés les deux dernières années :

LIEU et DATES	ORGANISME

Existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ?

Si oui, lesquelles ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?  oui  non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Votre enfant est-il bénéficiaire d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?  oui  non

**Si OUI, joindre obligatoirement la copie du PAI**

## LES PARENTS ou RESPONSABLES LEGAUX

### RESPONSABLE LEGAL : PÈRE / MÈRE / TUTEUR

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

☎ Fixe : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Portable père : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Portable mère : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

☎ Travail père : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☎ travail mère : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### SI L'ENFANT EST CONFIE A UNE INSTITUTION

NOM : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Tél. astreinte 24/24 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

SI VOUS ETES BENEFICIAIRE DE LA C.M.U. JOINDRE IMPÉRATIVEMENT A CE DOSSIER LA  
PHOTOCOPIE DE VOTRE ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE ET LA PHOTOCOPIE DE  
VOTRE CARTE VITALE. N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom et adresse de votre caisse de Sécurité Sociale :

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

Nom et adresse de votre Mutuelle :

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

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Taille : \_\_\_\_\_ cm Poids : \_\_\_\_\_ kg

Votre enfant est-il asthmatique ?  oui  non

Votre enfant est-il allergique ?  oui  non Merci de préciser le type d'allergie :

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

Votre enfant est-il incontinent d'urine de façon habituelle ?  oui  non

Votre enfant est-il incontinent d'urine de façon accidentelle ?  oui  non

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ?  oui  non

Si "oui", lesquelles et à quelles dates ? : \_\_\_\_\_

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

Votre enfant porte-t-il des lunettes ?  oui  non

Référence des verres : \_\_\_\_\_

### VACCINATIONS

**FURNIR LES PHOTOCOPIES DES PAGES DU CARNET DE SANTE**

Médicaments et soins journaliers - JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORDONNANCE

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



---

<b>AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER OU DE FILMER</b>
--

**A joindre à la fiche sanitaire**

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_

père, mère, représentant légal (Rayer la mention inutile)

autorise l'USEP de SAINT NAZAIRE à effectuer des prises de vues de l'enfant :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ lors de son séjour en  
centre de vacances et à utiliser - à des fins de communication et de diffusion - tout ou partie des  
enregistrements ou produits multimédias qui en seraient issus.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

"Lu et approuvé"

Signature :

## TROUSSEAU

### A mettre dans la valise

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

CENTRE \_\_\_\_\_

SEJOUR du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### COMMENT UTILISER CETTE FICHE ?

Cette fiche permet de dresser l'inventaire du trousseau. Tous les articles ne sont pas nécessairement indispensables, cette liste est à titre indicatif.

**Le lavage du linge ne sera pas assuré sauf accidents.**

#### A LA MAISON

Nous vous recommandons de préparer la valise en présence de l'enfant, il apprendra ainsi à mieux reconnaître ses affaires. Vous devez noter dans la colonne « fournie par les parents » le nombre de vêtement que vous mettez dans la valise, **y compris ceux portés par l'enfant le jour du départ**. Pour les plus petits, ne pas oublier le « doudou ».

#### A L'ARRIVEE AU CENTRE

Le contenu du trousseau sera contrôlé par l'animateur référent, en présence de votre enfant. C'est le pointage « relevé à l'arrivée » et la même chose sera faite au départ, pointage « relevé au départ ».

### IMPORTANT

Toutes les pièces du trousseau doivent être marquées au nom de l'enfant (feutre indélébile ou étiquettes cousues). Nous ne pourrions engager notre responsabilité en cas de disparition de linge non ou insuffisamment marqué.

Nous vous déconseillons de donner à votre enfant des objets de valeur ou des vêtements trop coûteux et trop fragiles.

DESIGNATION		QUANTITE			
		conseillée	fournie par les parents	relevée à l'arrivée	relevée au départ
<b>SOUS-VÊTEMENTS</b>	Slips ou culottes	8			
	(Soutien-gorge)	4			
	T-shirt	8			
	Chaussettes	6			
<b>NUIT</b>	Pyjama ou chemise de nuit	1			
	Pantalon, jeans	2			
	Survêtement	1			
	Pull-over/sweat shirt	2			
	Coupe vent	1			
<b>CHAUSSURES</b>	Chaussons	1			
	Tennis ou baskets	1			
	Bottes / Après-ski	1			
<b>AFFAIRES DE TOILETTE</b>	Serviette de toilette	2			
	Gant de toilette	2			
	Drap de bain	1			
	Brosse à dent/dentifrice	1			
	Peigne ou brosse	1			
	Savon/Shampooing	1			
	Lunettes de soleil/ Masque	1			
Crème solaire	1				
<b>SKI</b>	Chaussures de marche	1			
	Chaussettes de laine	3			
	Pull chaud / polaire	2			
	Blouson chaud	1			
	Combinaison ou pantalon ski	1			
	Bottes après-ski	1			
	Gants de ski	1			
	Echarpe et bonnet	1			
<b>DIVERS</b>	Sac à dos	1			
	Gourde	1			
	Enveloppes timbrées				
	Pique-nique				

\* DRAPS FOURNIS SUR TOUS LES SEJOURS

## OBSERVATIONS ET SUGGESTIONS

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Nous vous remercions de votre participation et nous restons à votre disposition.

**USEP SAINT NAZAIRE/ 69 rue Vivant  
 Lacour – 44600 SAINT NAZAIRE**  
 ☎ : 07.68.79.40.34 / Email :  
[stageusep@gmail.com](mailto:stageusep@gmail.com) / Site :  
<https://www.gepal.org>



## FICHE D'APPRECIATION

### SEJOURS ENFANTS

**A RETOURNER – APRES LE SEJOUR**  
**69 rue Vivant Lacour – 44600 SAINT NAZAIRE**

---

*Cette fiche d'appréciation est à retourner **APRES LE SEJOUR** (par mail ou courrier) à la  
 l'USEP de Saint Nazaire.  
 Merci de la faire compléter par votre enfant ou, s'il est très jeune, de l'aider à la compléter*

---

Vous nous avez témoigné votre confiance en inscrivant votre enfant sur  
 notre séjour et nous vous en remercions.  
 Dans le but d'améliorer la qualité de nos séjours, nous vous serions reconnaissants  
 de bien vouloir nous retourner cette fiche qui n'a d'autre but que de connaître vos  
 impressions sur le séjour que vient de vivre votre enfant.

### ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Centre de : \_\_\_\_\_

Séjour : du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



Est-ce la première fois que votre enfant part en séjour avec l'USEP ?

Oui  Non

### **LES RAISONS DE VOTRE CHOIX**

*Veillez-nous indiquer l'importance que vous accordez à chacun des critères suivants en utilisant des notes de 1 à 8 (1 : le plus important – 8 : le moins important)*

### **Avez-vous choisi ce séjour ?**

\_\_\_\_ Pour sa situation géographique

\_\_\_\_ Pour l'avoir déjà fréquenté

\_\_\_\_ Pour en avoir entendu parler dans votre entourage

\_\_\_\_ Pour vivre en collectivité avec d'autres jeunes

\_\_\_\_ Pour l'activité dominante

\_\_\_\_ Pour les activités en général

\_\_\_\_ Pour n'avoir rien trouvé ailleurs

Par quels autres thèmes ou activités seriez-vous intéressé ?

---

---

A votre avis, quelle serait la durée idéale d'un séjour ?

---

Merci de compléter le tableau ci-dessous en cochant les cases correspondantes.

	Très bien	Bien	Normal	Mauvais	Très mauvais
Transport aller					
Transport retour					
Situation géographique					
Hébergement					
Nourriture					
Encadrement					
Activités					
Ambiance					

Le centre et les activités correspondaient-ils à la description qui vous en a été faite ?

Oui  Non

Si non, pourquoi : \_\_\_\_\_

---

---

Globalement, votre enfant a passé des vacances ?

Totalement satisfaisante  Satisfaisante  
 Moyennement satisfaisante  Peu satisfaisante

Envisagez-vous, l'année prochaine, de vous adresser à l'USEP de Saint Nazaire pour un nouveau séjour ?

Oui  Eventuellement  Non