



# **Sport et loisirs**

*Organisé par la Commune d'Ascain*

**Sortie**



**À**

**SAINTE ENGRACE**

***Du 24 juillet au 28 juillet 2017***

**Pour les enfants âgés de 12 à 17 ans**

## Renseignements

**Départ:** lundi 24 juillet à 10h au parking Kiroleta

**Arrivée:** vendredi 28 juillet à 17h30 au même endroit

**Responsable du séjour:** Laurent Albistur      tél.:06-18-62-02-06

**Activité proposée:** spéléologie, randonnée, accrobranche

### **Affaires à prévoir:**

- \* Le pique nique du 24 midi
- \* Short
- \* T-shirt
- \* Pull
- \* Sous vêtements + chaussettes
- \* Serviette
- \* Affaires de toilettes
- \* Tapis de sol + sac de couchage
- \* 2 paires de tennis
- \* Polaire (spéléo)
- \* Pantalon long (spéléo)
- \* K-way
- \* Assiette+ couvert+ verre+bol
- \* Sac à dos + gourde

### **Pièces à fournir:**

- \* Présente fiche de renseignement dûment complétée

### **TARIF**

Pour le séjour, il sera demandé 80 € à régler le jour du départ. Une facture vous sera remise ou envoyée au retour du camp (possibilité d'aide par le CCAS à voir à la Mairie)

Pour ceux ayant droit au Bon de la CAF, pensez à les présenter lors du départ: la réduction correspondante sera effectuée.

### **Inscription:**

**Inscrivez vous auprès de Laurent par téléphone et apporter lui les différentes pièces le jour du départ du séjour.**

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM: .....  
Prénom: .....  
Sexe: F M  
Date et lieu de naissance: .....  
Adresse: .....  
Code postal: ..... Ville: .....

### Responsable légal:

Nom: .....  
Prénom: .....  
Adresse: .....  
Code postal: ..... Ville: .....  
Tél.: ..... Portable: .....

### Personne à contacter en cas d'urgence et en cas d'absence des parents:

Nom: ..... Prénom: ..... Tél.: .....  
Nom: ..... Prénom: ..... Tél.: .....

### Vaccins obligatoires:

DTP: Date ..... Rappel .....  
BCG: Date ..... Rappel .....

### Maladies déjà contractées:

Rubéole Varicelle Angine Coqueluche Otite  
Oreillons Rougeole Scarlatine

### Renseignements médicaux:

Groupe sanguin: .....  
Maladies connues ( asthme,...): .....  
L'enfant suit-il un traitement ?  
Si oui, lequel? .....

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) ..... père, mère, tuteur légal,

- Déclare inscrire mon enfant au centre de loisirs d'Ascain,
- Autorise le responsable du séjour à s'adresser directement, en cas d'urgence avec le médecin du centre ou tout autre médecin ,
- Autorise le responsable du séjour à faire transporter mon enfant à l'hôpital de Mauléon. Dans le cas contraire, préciser la clinique souhaitée:  
.....
- Certifie l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche.

Fait à Ascain, le

Signature