

CENTRES AERES

Du 5 au 9 août de
9H00 à 17H00



Stage équitation

En partenariat avec le centre équestre Equiloc.

**Pour 18 enfants
de 6 à 14 ans.**

Durant une semaine les enfants pour s'initier ou se perfectionner à la pratique équestre. Sandra encadrera les enfants au centre équestre. Au programme : cours d'équitation, pansage des chevaux, jeux, ballades, bricolages ...

Stage arts plastiques

**Pour 14 enfants
de 8 à 14 ans.**

Comme chaque année ARTToPie propose un centre aéré arts plastiques.

Ce stage sera encadré par des animateurs et un artiste professionnel qui a la pédagogie nécessaire à la transmission des savoirs vers les enfants.

Le thème du centre n'est pas encore fixé.

A la fin de la semaine les enfants montreront leurs travaux lors d'une exposition commune.

Notre envie durant cette semaine est de permettre aux enfants de s'amuser tout en découvrant une pratique artistique

Inscription

Renseignements

03-87-96-94-15

www.artopie-meisenthal.org

artopie@gmail.com

Tarifs : **Cheval :** 150 euros la semaine, repas compris
Arts plastiques : 90 euros la semaine, repas compris.
(bon CAF et chèques vacances acceptés) + Carte de membre 7 euros

BULLETIN D'INSCRIPTION

Je soussigné(e).....

Responsable de l'enfant.....Né le :

L'autorise à participer aux activités proposées par l'association ARTToPie.

Adresse.....

.....

Tél fixe :..... Tel port :.....

Mail.....

Autre personne à contacter.....

Signature :

Droit à l'image.

J'autorise l'association ARTToPie à prendre des images de mon enfant (photos et/ou vidéos) qui pourront être diffusées :

lors d'une présentation publique du stage le dernier jour du centre aéré
sur le site internet de l'association

Signature :

Inscription et renseignements : 03-87-96-94-15 ou artopie@gmail.com

Nous vous demandons de bien vouloir remplir une fiche sanitaire de liaison, cette fiche est obligatoire, elle nous permet notamment de connaître les cas d'allergies.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				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

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

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)

[illegible]

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

[illegible]

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

[illegible]

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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

*Je soussigné,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.*

Date : _____ Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

OBSERVATIONS

[illegible]