



# SÉJOUR SENSATIONS SKI

## CENTRE DE MONTAGNE UDSIS LES ANGLÉS

VACANCES SCOLAIRES  
NOËL, du 26 au 31 décembre 2023  
FÉVRIER, du 19 au 24 Février 2024

### MODALITÉS D'INSCRIPTION

**DOSSIER COMPLÉTÉ À RENVOYER**  
par mail ou par courrier à l'adresse du centre  
ou à déposer sur place :

Centre de Montagne UDSIS des Angles  
Route du Pla del Mir - 66200 Les Angles  
Tél. +33 (0)4 68 04 31 05  
lesangles@udsis.fr

**L'inscription ne sera définitive qu'à la réception de votre dossier complet au secrétariat du centre.**

En cas de liste complète lors de la réception, nous vous informerons des places disponibles dans les autres stages.

### PIÈCES À RETOURNER

- Les fiches d'inscription dûment complétées
- La fiche sanitaire de liaison complétée et signée par vos soins.
- Photocopie du carnet de vaccination (impératif)
- Pièce justificative adhérents : COS du CD66, MINISTÈRE ÉCO-FINANCES, CAES du CNRS

### MODALITÉS DE PAIEMENT

- ▶ Les chèques sont à émettre à l'ordre de la Régie UDSIS THUIR, ils seront encaissés dès l'inscription. (Chèques vacances acceptés)
- ▶ Les paiements par CB sont à réaliser sur place, à l'inscription.
- ▶ En cas de non participation au stage, possibilité de remboursement à l'appui d'un certificat médical.

### ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE DES CENTRES : SMACL ASSURANCE

Police n° 60388/P

Responsable Légal : Le Président de l'UDSIS  
Immeuble C.Bourquin - 2 allée Hector Capdellayre  
66300 Thuir - Tél. +33 (0)4 68 86 68 10 - www.udsis.fr

### APPEL PENDANT LE SÉJOUR



**+33 (0)4 68 04 31 05**

Nous vous demandons de bien vouloir modérer les appels à votre enfant en respectant les horaires : **19h30 > 20h00**

### MATÉRIEL ET VÊTEMENTS CONSEILLÉS



Il est **INDISPENSABLE** de prévoir des tenues vestimentaires adaptées aux activités, aussi nous vous demandons de **vous référer à la liste du trousseau en page 6** et de la compléter.

**Glissez-la ensuite dans la valise** de votre enfant afin que les animateurs de l'UDSIS puisse faire l'inventaire avec lui.

Pensez à **marquer** les vêtements de vos enfants !

### ARGENT DE POCHE



Il reste à l'appréciation de chaque parent. Nous vous rappelons que tout est compris dans notre formule, à l'exception des souvenirs, cartes postales, timbres...

### RESTAURATION



Les repas sont élaborés par une diététicienne et réalisés par les cuisiniers de l'UDSIS.

Plats équilibrés privilégiant les produits Bio de qualité, locaux et faits maison.

Repas à thèmes et repas particuliers pour enfants malades ou allergiques.

### ACCUEIL & TRANSPORT



Aller-Retour, Thuir / les Angles ou le Puigmal est assuré par un autobus

- ▶ Séjour Noël : **Départ le Mardi à 7H30**  
**Retour le Dimanche à 16H30**
- ▶ Séjour Février : **Départ le Lundi à 7H30**  
**Retour le Samedi à 16H30**

**à partir du Parking Rosello à THUIR**  
**7 Chemin de Salaou - 66300 Thuir**



# SÉJOUR SENSATIONS SKI

## CENTRE DE MONTAGNE UDSIS LES ANGLÉS

**VACANCES SCOLAIRES**  
**NOËL, du 26 au 31 décembre 2023**  
**FÉVRIER, du 19 au 24 Février 2024**

### CHOISISSEZ VOTRE SÉJOUR !

SENSATIONS **VACANCES DE NOËL** (26 au 31 Décembre)

SENSATIONS **VACANCES DE FÉVRIER** (19 au 24 Février)

**NIVEAU** DÉBUTANT  MOYEN  CONFIRMÉ

### ENFANT

NOM (S) : ..... PRÉNOM (S) : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : ..... PAYS : ..... NATIONALITÉ : .....

### RESPONSABLE LÉGAL

NOM : ..... PRÉNOM : .....

PÈRE  MÈRE  TUTEUR  AUTRE<sup>1</sup> | SITUATION DE FAMILLE :  Marié(e)  Pacsé (e)  Divorcé(e)  Veuf(ve)  Autre

ADRESSE PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TÉLÉPHONE PORTABLE : ..... TÉLÉPHONE TRAVAIL : .....

TÉLÉPHONE DIVERS (préciser) : ..... ADRESSE EMAIL : .....

N° allocataire CAF : ..... N° Sécurité Sociale : .....

N° de mutuelle : ..... N° d'assurance responsabilité civile : .....

## RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER

Pour tout régime alimentaire particulier veuillez préciser .....

## DÉCLARATION DU CHEF DE FAMILLE

**Pour être admis au Centre de Vacances, cette déclaration doit être obligatoirement remplie et signée par le responsable légal de l'enfant :**

Je soussigné (e) .....

responsable de l'enfant

- 1 • Autorise le Directeur du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin.
- 2 • M'engage à payer les frais de séjour incombant à la famille et à rembourser à l'UDSIS les sommes avancées pour frais médicaux dans leur intégralité. M'engage à ne pas demander de remboursement si l'enfant est retiré du Centre de Vacances avant la fin du séjour.
- 3 • Je déclare être informé(e) que l'UDSIS décline toute responsabilité pour la perte ou le vol d'objets de valeur (portable, tablette ...) survenus à mon enfant pendant le séjour et que je ne peux prétendre à remboursement.
- 1 • J'autorise en outre mon enfant à participer à toutes les activités du Centre de Vacances.

**Signature** ( précédée de la mention "lu et approuvé" )

## AUTORISATION PARENTALE

### UTILISATION DE PHOTOS DE VOTRE ENFANT PAR L'UDSIS DURANT LE SÉJOUR

Dans le cadre du séjour, nous sommes amenés à faire des prises de vues ou vidéos de vos enfants, en groupe ou en activité et à les utiliser sur nos supports de communication, interne ou externe : site internet de l'UDSIS, publications ou story des pages Facebook et Instagram de l'UDSIS, et, éventuellement, à l'occasion de reportages télévisés.

En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi, nous vous serions reconnaissant de bien vouloir remplir le talon ci-dessous. Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans aucun but lucratif et sans publication de nom de famille (prénom seulement). Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vue, soit de masquer son visage.

Madame, Monsieur .....

**Autorise(nt) l'UDSIS**

à utiliser des photos ou vidéos de mon enfant :  
prises au cours de son séjour/stage à l'UDSIS

Nom et prénom de l'enfant

**Refuse(nt) que l'UDSIS utilise des photos de mon enfant.**

Fait à, ..... Le .....

**Signature**

cerfa

N° 10008\*02

<h2 style="margin: 0;">FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	<p>1 – <b>ENFANT</b>          NOM : _____          PRÉNOM : _____          DATE DE NAISSANCE : _____          GARÇON <input type="checkbox"/>    FILLE <input type="checkbox"/></p>
--	---

**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	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

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 AIGÛ	SCARLATINE
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

**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)**

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

---



---



---

cerfa  
N° 10008\*02**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

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

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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

*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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

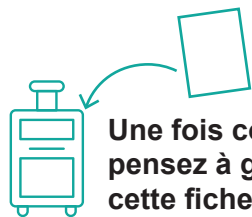
---

---

---

---

---



Une fois complétée,  
pensez à glisser  
cette fiche dans la valise  
de votre enfant !

NOM .....

PRÉNOM .....

CHAMBRE .....

Merci de remplir le trousseau en indiquant aussi ce que l'enfant porte le jour du départ.

Nous vous rappelons que l'UDSIS décline toute responsabilité pour la perte ou le vol d'objets de valeur (portable, tablette, bijoux...)

Minimum Conseillé		Fourni par la famille	Inventaire aller	Inventaire retour
<b>Pour la toilette, les soins</b>				
2	1 serviette de toilette + 1 serviette de bain			
1	nécessaire de toilette (dentifrice, brosse à dents, savon, ...)			
1	crème solaire			
<b>Pour la journée (activités, visites,...)</b>				
7	sous vêtements (caleçons, culottes...)			
7	paire de chaussettes dont 1 épaisse pour le ski			
1	maillot de bain (slip ou boxer pour les garçons)			
3	pantalons ou survêtements			
6	tee-shirts			
3	tee-shirts manches longues ou sous pulls			
5	sweat, pull ou polaire			
1	paire de chaussures de sport			
<b>Pour le ski</b>				
1	pantalon de ski ou combinaison			
1	veste de ski			
1	masque de ski			
1	paire de gants ou moufles			
1	bonnet			
<b>Pour le soir</b>				
2	tenues pour la nuit			
1	paire de chaussons ou claquettes			
<b>Divers</b>				
	doudou			
	livre			
	téléphone			

Pensez à **marquer** les vêtements de vos enfants !