

# ESCAL' VACANCES À TRAVERS LES CONTINENTS



DE 6 À 10 ANS - DU 08/07 AU 31/08

Les inscriptions se feront par mail  
ou par courrier à adresser  
à Célia COTELLE jusqu'au 23/06/2022.

Lors des permanences d'inscriptions :

- Samedi 18 juin de 14h-18h
- Mercredi 22 juin de 14h-17h
- Jeudi 23 juin de 19h-20h30

Merci de respecter ce délai

Vous recevrez un mail confirmant votre inscription accompagné de la facture à régler dans le délai indiqué.

# INFORMATIONS PRATIQUES

## Lieu d'accueil :

Les Grands Loups (6-10 ans) - Escal,  
31 boulevard du chemin de fer

## Horaires :

8h20-10h : accueil des enfants  
10h-11h30 : temps d'animations  
11h30-12h : départ des externes  
12h-13h30 : repas  
13h30-14h : temps libre  
14h-15h : temps calme  
15h-16h30 : temps d'animations  
16h30-17h : goûter  
17h-17h45 : départ des enfants

## Dans mon sac :

- une gourde
- une casquette
- une crème solaire

# LES TEMPS FORTS DES VACANCES

Chaque semaine, nous proposons aux enfants une sortie exceptionnelle qui permet d'instaurer des moments de convivialité et de partage importants dans la vie du centre.

Les sorties proposées favorisent la découverte de nouvelles activités et la création de projets entre toutes les tranches d'âge.

Un bulletin d'informations vous indiquant les horaires des sorties et éventuellement les tenues spécifiques à prévoir sera distribué en début de semaine.

## Les sorties :

15/07 - Inter-centre

21/07 - Lac de Monampteuil

\*Stage Bd pour les 8-15 ans du 18/07 au 22/07

28/07 - Parc de Champagne

05/08 - Domaine de Vendresse

11/08 - Piscine et Accrobranche à St-Menehould

18/08 - Parc d'Argonne

26/08 - Lac du Der

31/08 - Accrobranche à Fumay



# MINI-CAMP GIFFAUMONT CHAMPAUBERT

## INFORMATIONS PRATIQUES

Du lundi 22 août au vendredi 26 août

Hébergement : Camp de Toile "Summer Camp" - Ufolep Giffaumont

Conditions de participation : savoir nager et être né(e) entre 2012 et 2014.

## PROGRAMME

Lundi 22 août : départ de l'Escal à 9h, trajet et installation au camping

Mardi 23 août : Séance de Kayak

Mercredi 24 août : Sortie Pêche à l'Etang + Sortie Nature

Jeudi 25 août : Séance Voile

Vendredi 26 août : Baignade, jeux avec les enfants de l'Escal, retour prévu vers 18h

**Ce séjour est labélisé**

**« Vacances Apprenantes ».**

**Ainsi, si vous appartenez  
à l'un des critères indiqués sur la  
fiche d'inscription, le séjour sera  
intégralement pris en charge par l'État.**



## RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable 1 - NOM et Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ E-MAIL : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_ EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

N° DOM. : \_\_\_\_\_ N° PORT : \_\_\_\_\_ N° TRAVAIL : \_\_\_\_\_

Responsable 2 - NOM et Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ E-MAIL : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

PROFESSION : \_\_\_\_\_ EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

N° DOM. : \_\_\_\_\_ N° PORT : \_\_\_\_\_ N° TRAVAIL : \_\_\_\_\_

AUTRE(S) PERSONNE(S) À JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

NOM : \_\_\_\_\_ TEL. : \_\_\_\_\_

## RÉGIME ALLOCATAIRE

 RÉGIME GÉNÉRAL, indiquez votre n° d'allocataire CAF : \_\_\_\_\_ RÉGIME MSA, indiquez votre n° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_NOM et Prénom – 1<sup>ER</sup> ENFANT : \_\_\_\_\_

Date de Nais. : \_\_\_\_\_ Lieu et département : \_\_\_\_\_

NOM et Prénom – 2<sup>ÈME</sup> ENFANT : \_\_\_\_\_

Date de Nais. : \_\_\_\_\_ Lieu et département : \_\_\_\_\_

NOM et Prénom – 3<sup>ÈME</sup> ENFANT : \_\_\_\_\_

Date de Nais. : \_\_\_\_\_ Lieu et département : \_\_\_\_\_

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON – ACCUEIL DE LOISIRS

SAISON 2021/2022

## 1 - ENFANT

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_  Garçon  Fille

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

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

En cas d'hospitalisation en urgence ou de consultation médicale, les **PHOTOCOPIES DE VACCINATIONS** sont **OBLIGATOIRES** ! Merci de nous joindre la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé.

## 3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

L'enfant souffre-t-il d'allergie (médicamenteuse, alimentaires, asthme etc.) ? Si oui, précisez la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il des **difficultés de santé** (maladie, accident, hospitalisation etc.). Si oui, précisez les **précautions à prendre**.

Si votre enfant est amené à **suivre un traitement médical**, merci de 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.

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires etc. (précisez)  
NON  OUI  : \_\_\_\_\_

## 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

TELEPHONES :

TEL. N°1 : \_\_\_\_\_ N°2 : \_\_\_\_\_

NOM du Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse du cabinet : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

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.

Date :

Signature :

# LISTE DES PRODUITS DE L'ACCUEIL DE LOISIRS

Voici la liste des produits contenus dans l'armoire à pharmacie sur les recommandations de la DDCSPP. Merci de nous signaler toute allergie ou intolérance à un produit.

	Tolère	Ne tolère pas
Savon de Marseille :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bande de maintien :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sérum physiologique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sparadrap :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antiseptique :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansement adhésif :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème contre les ecchymoses (type Arnigel) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème contre les brûlures (type Biafine) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème solaire haute protection :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crème solaire prévention/lutte contre les piqûres d'insecte :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



# FICHE D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS

## Mini Camp Giffaumont Champaubert

8/10  
ANS

– Du 22 au 26/08/2022

NOM et Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance :

Problèmes de santé, régime alimentaire particulier :  
\_\_\_\_\_

NOM et Prénom du ou des responsables durant la période d'inscription :

Responsable 1 :  
\_\_\_\_\_

TEL. N°1 :  N°2 :

Responsable 2 :  
\_\_\_\_\_

TEL. N°1 :  N°2 :

L'enfant est-il autorisé à repartir seul le midi et/ou le soir ? OUI  NON

Si NON, indiquez le(s) nom(s) des personnes autorisées à reprendre l'enfant :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DROIT A L'IMAGE : Autorisez-vous l'association à utiliser l'image de l'enfant durant ces vacances (flyers/presse)

OUI  NON

ATTESTATION DE NATATION : Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal

de \_\_\_\_\_, né(e) le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, atteste avoir

vérifié ses capacités à nager 25 mètres et à s'immerger.

**Signature :**

Ce séjour est labélisé « Vacances Apprenantes ».

Pour bénéficier de la prise en charge, merci de nous fournir le justificatif correspondant :

Motif droit de prise en charge	Document justificatif à fournir
<input type="checkbox"/> Lieu de résidence dans une zone revitalisation rurale (Cernay-lès-Reims, Berru, Nogent-l'Abbesse, Beine-Nauroy...)	Justificatif de domicile de moins de 3 mois (Facture EDF, box internet, quittance de loyer...)
<input type="checkbox"/> Quotient familial ≤1200	Numéro allocataire CAF ou attestation CAF

TARIFS	FORFAIT SÉJOUR	
	Witry-lès-Reims	Autres communes
Régime général (QF ≥ 1200)	150 €	200 €
Autres régimes	200 €	250 €

\*Déduction CAF possible sur présentation de l'attestation 2022