



SKI DU MERGREDI 2020

Partie à conserver par les parents

RÉGLEMENT INTERIEUR

La commune de Saint Martin d'Uriage, organise pour les enfants et les jeunes 7 séances de ski, snowboard ou hockey le mercredi après-midi à Chamrousse. Le but du ski du mercredi est d'apporter aux enfants et aux jeunes un après-midi de détente et de convivialité. Ces sorties sont encadrées par des animateurs BAFA et des moniteurs ESF.

DATES:

 Δ 08-15-22-29 JANVIER Δ 05 FÉVRIER

∆ 11-18 MARS

CONDITIONS:

- Δ Skieurs nés entre 2003 & 2013.
- Δ Snowboardeurs & hockeyeurs (tous niveaux) nés entre 2003 & 2010.
- △ Section "Freestyle" (Ski & Snowboard) nés entre 2003 & 2010.

RENDEZ-VOUS DES ENFANTS:

- △ Retour entre 17h30 et 18h00 sur le même parking.

ANNULATION:

Lorsque les conditions climatiques l'imposent, l'annulation d'une sortie est affichée en Mairie vers 10 heures et un message sera envoyé par mail aux familles.

TARIFS:

Ils sont calculés en fonction de votre quotient familial. Montant à régler par chèque à l'ordre du « **Trésor Public** », à réception de la facture.

REMBOURSEMENT:

La cotisation étant forfaitaire, le remboursement n'interviendra qu'en cas de force majeure (accident, déménagement. Dans ce cas, fournir un certificat médical, attestation...), le remboursement se fera au prorata du nombre de sorties effectuées par le jeune. Par ailleurs, la mairie remboursera au prorata pour 1 à 4 sorties maintenues.

ÉQUIPEMENTS:

Skis ou snowboard avec fixations réglées (si un réglage est nécessaire, celui-ci sera effectué par un professionnel et sera facturé aux familles), vêtements chauds, gants, masque et casque obligatoire pour tous les enfants et les jeunes. Les skis et les bâtons ou le snowboard devront être dans une housse étiquetée (ou attachés avec un scratch) au nom de l'enfant pendant le transport en car. Il est rappelé qu'à la montée dans le car, le port des chaussures de ski est interdit.

RÉGLEMENT DU SKI DU MERCREDI

- O L'enfant ne doit pas quitter le groupe dans lequel il a été placé, et skier sur la piste en suivant les consignes de la personne qui a la responsabilité de son groupe.
- O Pour les débutants, l'assiduité aux sorties est indispensable pour conserver l'homogénéité du groupe.
- Θ Si l'enfant perd son groupe, il doit attendre en bas du télésiège 4 places de Roche Béranger ou du téléphérique de Recoin (suivant l'endroit où son groupe skie).
- Θ En cas de perte de la carte magnétique, un remboursement de 3 € sera demandé.
- O En cas d'accident, le service de sécurité des pistes sera alerté et le blessé transporté au centre médical de Roche Béranger où les médecins décideront de l'attitude à avoir (soin sur place ou transport vers un centre hospitalier de Grenoble). Dans tous les cas, les parents de l'enfant blessé seront prévenus, dès que l'enfant se trouvera au centre médical. L'enfant sera accompagné par le responsable du groupe.
- Θ Dès le retour des cars à Saint Martin d'Uriage, l'enfant n'est plus sous la responsabilité de l'encadrement du ski du mercredi.
- O Tout manquement à la discipline du groupe pourra être sanctionné par une exclusion temporaire ou définitive.

TARIFS

Quetient	Vous n'ave	z pas de for	fait saison	Vous avez un forfait saison			Hockey
Quotient Familial	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	1 ^{er}	2 ^{ème}	3 ^{ème}	Enfant
Tanımar	enfant	enfant	enfant	enfant	enfant	enfant	
- 300	51 €	45 €	39€	36 €	29€	22€	17 €
301-530	72 €	64€	56 €	50 €	42 €	34€	24€
531-760	93 €	83 €	73 €	64€	55 €	46 €	31 €
761-990	114 €	102 €	90 €	78 €	68€	58 €	38€
991-1220	135€	121 €	107 €	92 €	81 €	70€	45 €
1221-1450	156 €	140 €	124 €	106 €	94 €	82€	52 €
1451-1680	177 €	159 €	141 €	120 €	107 €	94 €	59€
1681-1910	198 €	178 €	158 €	134 €	120 €	106 €	66€
+ 1910	219 €	197 €	175 €	148 €	133 €	118 €	73 €
Coût	219 €	219 €	219 €	148 €	148 €	148 €	73 €

Merci et à bientôt. Jérôme QUINTIN - Responsable Ski du Mercredi.

CONTACTER LE SERVICE JEUNESSE

Δ <u>Au Pôle Enfance-Jeunesse (Mairie)</u> 04.76.59.77.24: **Lundi-Mardi-Jeudi**: 14h30-17h00 **Mercredi**: 09h00-12h00





SXIDU MERCREDI 2020

Partie à remettre au Pôle enfance-Jeunesse avec les pièces à fournir.

△ Au SERVICE JEUNESSE entre le Mardi 12 Novembre et le Mardi 10 Décembre 2019

△ Les dossiers incomplets ou remis après la date limite ne seront pas acceptés III

A Les dossiers incom	piers ou reniis apres la dare	milite he seroni pus uccept	7ES !!!	
NOM - PRÉNOM : NÉ(E) LE :				
NOM - PRÉNOM DU REPRÉS	SENTANT LEGAL :			
ADRESSE:				
TÉL. JEUNE :		TÉL PORTABLE MÈRE :		
TÉL. DOMICILE :				
PERSONNE ET NUMÉRO A	APPELER EN CAS D'URGENCE	(<u>Différent des autres</u>):		
ADRESSE MAIL (obligatoire	2):			
CHOIX:		NIVEAU ACQUIS:		
☐ SKI (7-16 ans) Nés entre 2003 & 2013	Débutant	Groupe Jeunes 10-16 ans (sans ESF)	Freestyle Ski 🔲 10-16 ans	
SNOWBOARD 10-16 ans Nés entre 2003 & 2010	Débutant Snowboard 🗌	Groupe Jeunes 10-16 ans (sans ESF)	Freestyle Snowboard 10-16 ans	
HOCKEY SUR GLACE 10-16 ans Nés entre 2003 & 2010	Débutant Confirmé	<u>==</u>	Prêt de patins : pointure Prêt de crosse	
☐ Mon enfant a le	FORFAIT SAISON à Chamre	ousse		
☐ Mon enfant prei	ndra le bus au collège du Cham	nandier à 12h30 (possibilité de pi	ique-niquer avec un animateur)	
<u>—</u>	a inscrit au centre de loisirs d gné par un animateur pour rej		•	
AFFINITÉ : Dans la mesure	du possible (niveau, âge) Je	voudrais être avec		
<u>Pièces à fournir</u> : (Ne _l Δ Fiche sanitaire (au c Δ N°CAF :	los). \triangle Copie Vaccinations.	• • •	r chèque tion de la facture trésor public :€	
Père/Mère de l'enfa avoir lu le règlement c	(e) Mr/Mme ntlu ski du mercredi à Saint Ma pard ou hockey sur glace dans	 rtin d'Uriage, l'approuve et a	déclare ccepte que mon enfant	

du mercredi à prendre les décisions nécessaires relatives à mon enfant en cas d'urgence.



MINISTERE DE LA JEUNESSI



3	
)ES	lles
	s Fami
ZESSE	e et de
5	Sociale
LA JE	Action
L L	de
\neg	<u>-e</u>
KF D	Code

·		
es Familles		
	les Familles	es Familles

erfa	10008802
U	ž

Signature:

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 réfèrer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). VACCINATIONS (se réfèrer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). VACCINATIONS (se réfèrer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). VACCINATIONS (se réfèrer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). VACCINATIONS (se réfèrer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). VACCINATIONS (se réfèrer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLICATORIES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION D'UT Falvange le se réferant avec la noir ce de les référents suit avec la noir de l'enfant avec la noir ce de noir ce de les réferant avec la noir ce de l'enfant avec la noir ce l'enfant avec la noir ce de l'enfant avec la	TE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉQUIR DE L'ENFANT; VACINATIONS (se référer au camet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). CCINS oui non Dennies processes de vaccinations de l'enfant). CCINS oui non Dennies processes de vaccinations de l'enfant). CCINS carones con non de l'enfant se présente Altoure contre-Indication le séguir ? oui non de l'enfant avec la notice) Automnédical pendant le ségour ? oui non de l'enfant avec la notice) Automnédical pendant le ségour ? oui non de l'enfant avec la notice) IL'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLICATORIES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTON : LE VACCINS OBLICATORIES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTON : LE VACIN ANTI-L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT R'ENFANT A'T-L'EDA EU LES MALADIES SUIVANTES ? Autom médical pendant e ségour ? oui non de l'enfant avec la notice) Autom médicalment ne pourra être pris sans ordonnance. L'ENFANT A'T-L'IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? CHENEAUR OUI NON OUI NON	JOUR DE L'ENFANT; À LA FIN DU SÉJOUR. l'enfant). DÉS DATES
ACCINATIONS (se réfèrer au carnet de santé ou aux certificats de vaccipations de l'enfant). ACCINS CATOIRES CATOIRES CATORIO Serie CATORITE DENNIERS CATORITE DATES DAT	ACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant). CCINS CATOIRES GATOIRES GATOIRES GATOIRES GATOIRES GATOIRES GATOIRES GATOIRES GATOIRES DERNIERS DATES DATES	l'enfant).
oui non DATES DE PROJECTION DE LES PERONMANDÉS DA DERNIERS PAR EN LES VACCINS OBLICATORES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION LA PAS LES VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION LA TENERNI L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT ANCINE DE CONTRE-INDICATION LA TENERNI L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT L'ENFANT ANCINE ANCINE ANCINE ARTICULAIRE AIGÜ NARICELLE VARICELLE ANCINE ANCI	VACCINS OBLICATORIES Diphticine Tichnos Pellomycille Ou Tichnos BCG SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLICATORIES JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLICATORIES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT COMPIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT Emballage d'origine marquices au nom de l'enfant avec la notice Aucun médical pendant le ségont ? out non NON OUT NON OU	oés DATES
IL'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION: LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION SNSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT at suit-il un traitement médical pendant le séjour? oui non la contre de les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur ligge d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? COUT NON OUT NON O	ATENTION : LE VACCINS OBLICATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION ATENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION At suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ave	
nt suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui	ipindre une ordonnance récente et les médical pendant le séjour ? oui 🗋 non 📮 la ge d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance. L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? RUBÉCIE NON OUI NON O	CONTRE-INDICATION
L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ? LE VARICELLE ANGINE RHUMATISME SCARLAT OUT NON OUT	RUBÉOLE VARICELLE ANGINE RHUMATISME ACCULAIRE AIGÜ NON OUT NO OUT NON OUT NOU	dicaments dans leur
LE VARICELLE ANGINE RHUMATISME SCARLAT VON OUT NON OU	RUBÉOLE NON OUT NON OU	
ASTHME oui non Normalian AUTRES	GIES: ASTHME oui on AUTRES	ARLAT
ASTHME oui □ non □ MÉDICAMENTEUSES oui □ ALIMENTAIRES oui □ non □ AUTRES	GIES: ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐ Non ☐ AUTRES	
	SEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)	
A CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le .		

INDIQUEZ CI-APRÈS:

-	
Ó	
Ĕ	
Α	
æ	
Ē	
0	
ァ	
õ	
Ĕ	
X	
8	
\overline{A}	
₽	
SP	
Ö	
Ĭ	2
(A)	2
ULSIVES,	Z
SIS	PRF
LS	٥
\supset	۸
≥	ø
ó	Z
\mathcal{C}	9
ES CO	Ε
CRISES	7
RISE	C
$\overline{\mathbf{C}}$	Š
É	Ь
DENT	9
Ð	=
CID	Н
8	
ĕ	TES
шì	A
\equiv	
F	ES
\exists	=
MALAD	\vdash
_	7
	-
Ę	AA
ŊĘ	ISA!
ANTÉ	2ÉCISA!
SANTÉ	PRÉCISA
DE SANTÉ	V PRÉCISA!
S DE SANTÉ	EN PRÉCISA!
TÉS DE SANTÉ	V) EN PRÉCISA!
JLTÉS DE SANTÉ	ON) EN PRÉCISA!
CULTÉS DE SANTÉ	TION) EN PRÉCISA!
FICULTÉS DE SANTÉ	ATION) EN PRÉCISA!
IFFICULTÉS DE SANTÉ	ICATION) EN PRÉCISAT
DIFFICULTÉS DE SANTÉ	LOATION) EN PRÉCISAT
S DIFFICULTÉS DE SANTÉ	ÉDLICATION) EN PRÉCISAT
IFFICULTÉS	RÉÉDLICATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCALITIONS À PRENDRE

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC
PRÉCISEZ.
5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT
NOM PRÉNOM PRÉNOM
Adresse (Pendant Le séjour)
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :
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.