

CAMP SKI

POUR LES 10 A 13 ANS

**AU CHALET DE NOTRE DAME
DE L'ESTELLE - CEILLAC (05)**

SKI - MESSE - VEILLEE - JEUX

Prix du séjour
295,00€

22-25 février 2026
(du dimanche au mercredi)

Renseignements et contact :

JEUNESSE ALTITUDE

Soeur Ursule : 06 73 86 14 38
pastorale.jeunes@diocesedegap.com





JEUNESSE
— ALTITUDE —

Camp ski du dimanche 22 au mercredi 25 février 2026 à CEILLAC

Chers parents,

Vous avez le projet d'inscrire votre(vos) enfant(s) au séjour de vacances d'hiver au Chalet Notre Dame de l'Estelle à CEILLAC du dimanche 22 au mercredi 25 février 2026 pour les 10 à 13 ans (CM2 au 4eme), nous vous remercions de votre confiance !

Vous trouverez dans ce document toutes les informations nécessaires à la constitution du dossier indispensable à l'inscription.

Voilà la liste des pièces à nous renvoyer :

- Photo d'identité pour le forfait
- Fiche d'inscription
- Fiche sanitaire de liaison
- Règlement (295,00€) :
 - par chèque bancaire à l'ordre de : AEP Jeunesse Altitude (possible de payer en plusieurs chèques).
 - par virement
 - par espèces

Toute annulation plus de 3 jours avant le départ vous est facturée 50,00 € et moins de 3 jours avant le départ le prix total du séjour soit 295,00€

En aucun cas , le prix ne doit être un obstacle , en cas de difficulté : contactez -nous ! Nous n'avons jamais refusé un jeune pour ce motif !

Le dossier est à envoyer à cette adresse:

AEP Jeunesse Altitude - 9 rue Capitaine de Bresson - 05000 GAP
Tel. : 06 73 86 14 38 - mail : pastorale.jeunes@diocesedegap.com



JEUNESSE
— ALTITUDE —

Fiche d'inscription Autorisation Parentale

photo d'identité

CAMP SKI A CEILLAC

**Dimanche 22 au mercredi 25 février 2026
pour les 10 à 13 ans (CM2 AU 4EME)**

L'enfant

Nom: Prénom:

Adresse:

Code Postal: ville:

Tél portable mère: Tél portable Père:

Email:

Adresse des parents durant le séjour (si différente):

Situation familiale (à remplir si nécessaire):

Vous apportez vos matériel de ski complet :casque, chaussures ,bâton ...

Autorisation parentale

- J'inscris mon enfant au séjour du camp ski proposé par l'AEP Jeunesse Altitude avec la Pastorale des jeunes du 22 au 25 février 2026.
- Je m'engage , le cas échéant, à rembourser tous les frais médicaux, à réception de la facture.
- J'autorise / n'autorise pas l' AEP Jeunesse Altitude à utiliser les photos et vidéos de mon enfant prises à l'occasion du séjour pour ses supports d'informations liés à ce séjour de vacances d'hiver.
- J'ai pris connaissance du dossier d'information du séjour.

Représentant légal

Signature obligatoire

(précédée de la mention "Lu et Approuvée")



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
Diphthérite				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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

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

ALLERGIES : ASTHME oui non
ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES 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.

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

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
