

# CAMP SKI

POUR LES 14 A 17 ANS

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

**SKI - MESSE - VEILLEE - JEUX**

Prix du séjour  
**295,00€**

**25-28 février 2026**  
**(du mercredi au samedi )**



**Renseignements et contact :**

**JEUNESSE ALTITUDE**  
Soeur Ursule : 06 73 86 14 38  
[pastorale.jeunes@diocesedegap.com](mailto:pastorale.jeunes@diocesedegap.com)



## Camp ski du mercredi 25 au samedi 28 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 mercredi 25 au samedi 28 février 2026 pour les 14 à 17ans ( 3eme au Terminal) , 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](mailto:pastorale.jeunes@diocesedegap.com)**



JEUNESSE  
— ALTITUDE —

# Fiche d'inscription Autorisation Parentale

-----

photo d'identité

## CAMP SKI A CEILLAC

**Mercredi 25 au samedi 28 février 2026  
pour les 14 à 17 ans (3EME au TERMINAL)**

### 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 25 au 28 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
Diphthérie				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 type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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.**

---

---

---

---

---

#### 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

.....  
.....  
.....