



SÉJOUR SENSATIONS NATURE

SPORTS DE MONTAGNE

VACANCES
D'ÉTÉ
2026

MODALITÉS D'INSCRIPTION

DOSSIER COMPLÉTÉ À RENVoyer
par mail : lesangles@udsis.fr

Chalet 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

► Paiement par virement

IBAN FR76 1007 1660 0000 0020 0889 562
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 peuvent être réalisés 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 : MAIF NIORT ASSURANCE MULTIRISQUES
Police n°3639797A

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

SUIVI DU SÉJOUR



Les nouvelles vous seront données journalièrement au travers de la plateforme sécurisée "on donne des nouvelles.com"

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



A remettre à la direction le jour d'arrivée.

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 est assuré par un autobus

- **Départ le Lundi à 7H30**
- **Retour le Vendredi à 16H30**

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



SÉJOUR SENSATIONS NATURE

SPORTS DE MONTAGNE

VACANCES D'ÉTÉ 2026

CHOISISSEZ VOTRE SÉJOUR !

☐ SÉJOUR 1 (Mardi 7 au Samedi 11 Juillet)☐ SÉJOUR 3 (Lundi 10 au Vendredi 14 Août)☐ SÉJOUR 2 (Lundi 13 au Vendredi 17 Juillet)

ENFANT

NOM (S) : PRÉNOM (S) :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE : PAYS : NATIONALITÉ :

RESPONSABLE LÉGAL

NOM : PRÉNOM :

☐ PÈRE ☐ MÈRE ☐ TUTEUR ☐ AUTRE¹ | 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

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – **ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

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	
Ou DT polio				BCG	
Ou 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 AIGÜ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

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
Pour la toilette, les soins				
2	1 serviette de toilette + 1 serviette de bain			
1	nécessaire de toilette (dentifrice, brosse à dents, savon, ...)			
1	crème solaire			
Pour la journée				
6	sous vêtements (caleçons, culottes...)			
6	paires de chaussettes			
1	maillot de bain (slip ou boxer pour les garçons)			
3	shorts			
2	pantalons (survêtement, leggings, jeans...)			
6	tee-shirts			
3	sweat, pull ou polaires			
1	veste			
2	paires de chaussures de sport			
Pour les activités				
1	sac à dos			
1	casquette			
1	gourde			
1	kway			
1	paire de lunettes de soleil			
Pour le soir				
2	tenues pour la nuit			
1	paire de chaussons ou claquettes			
Divers				
	doudou			
	livre			
	téléphone			

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