

ASSOCIATION « LES GOSSES DE CREPY »

Séjour dans les Landes Juillet 2025



Votre enfant a entre **12 et 17 ans**, pour lui, l'association « les Gosses de Crépy » organise un séjour de vacances dans les **Landes à Oeyreluy** qui se déroulera du **Lundi 14 juillet au vendredi 25 juillet 2024**.

Durant ce séjour, vos enfants pourront participer à toutes sortes d'activités :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Pelote basque• Karting• Course landaise• Baignade• Activités extérieur (foot, tennis, pétanque, basket....) | <ul style="list-style-type: none">• Laser Game / bowling• Baignade / plage• Veillées• Journée à thème• |
|---|--|

*Toutes ces activités peuvent être modifiées en fonction des réservations qui auront été faites auprès des différents prestataires.
Une liste plus précise des activités sera mise à disposition lors des inscriptions.*

Pièces à fournir à l'inscription de votre enfant :

- Le dossier dûment rempli
- Le règlement intérieur du séjour de vacances signé **(1 par famille)**
- La Fiche sanitaire dûment remplie et signée **(1 pour chaque enfant)**
- La photocopie du carnet de vaccination de chaque enfant inscrit à jour
- Certificat médical apte à participer à toutes les activités sportives et nautiques durant le séjour **(1 pour chaque enfant)**
- Test anti-panique ou d'Aisance aquatique **(Nous avons gardé ceux des années précédentes)**
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Photocopie de la carte vitale du responsable de l'enfant
- Photocopie de votre mutuelle
- Paiement (chèque ou espèce)

Tarif :

	12 – 17 ans
Enfants de Crépy-en-Valois	1 ^{er} enfant = 680 €, 2 ^{ème} enfant et les suivant 630€
Enfants hors Crépy	1 ^{er} enfant = 730 €, 2 ^{ème} enfant et les suivant 680€

La totalité du paiement vous sera demandé à l'inscription, mais vous avez la possibilité de payer en plusieurs fois (en chèque) – voir avec le responsable du séjour M. MAZUR Thomas

Nous acceptons les bons CAF

Les places sont limitées à 40 enfants.

En attendant de se retrouver, si vous souhaitez des renseignements complémentaires, n'hésitez pas à nous contacter par mail : les.gosses.de.crepy@gmail.com

Merci à vous et à bientôt

DOSSIER D'INSCRIPTION

Séjour Juillet 2025



Famille :			
Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	

Renseignement concernant la famille

Adresse de la Famille :	
Téléphone du Domicile :	
E-mail :	

Responsable 1	Responsable 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Profession :	Profession :
Employeur et adresse :	Employeur et adresse :
N° de Sécurité Sociale :	N° de Sécurité Sociale :

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom – Prénom	N° de Téléphone

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
responsable légal de (ou des) enfant(s) inscrit sur ce dossier, autorise l'Association « Les Gosses de Crépy » à effectuer des photographies de mon fils, de ma fille qui pourront paraître sur des panneaux au niveau de la structure d'accueil et parfois servir aux moyens de communication, ainsi que sur des éventuels albums photos ou autre support.

Date :

Signature :

AUTORISATION DE PARTICIPER AUX ACTIVITES

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
responsable légal de (ou des) enfant(s) inscrit sur ce dossier, autorise mon ou mes enfant(s) à participer aux activités proposées par les équipes d'animation durant sa présence au sein du séjour de vacances organisé par l'Association « Les gosses de Crépy ».

Date :

Signature :

AUTORISATION DE TRANSPORT

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
responsable légal de (ou des) enfant(s) inscrit sur ce dossier, autorise l'Association « Les Gosses de Crépy » à transporter mon enfant dans les différents transports mis à disposition par l'Association.

Date :

Signature :

AUTORISATION DE DONNER UN TRAITEMENT MEDICAL

Je soussigné(e) Madame, Monsieur
responsable légal de (ou des) enfant(s) inscrit sur ce dossier, autorise l'équipe pédagogique du séjour à donner des médicaments en cas de traitement lors du séjour de leur(s) enfant(s). que ce traitement soit commencé avant ou pendant le séjour.

Date :

Signature :

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la structure d'accueil de l'Association « Les Gosses de Crépy » et je m'engage à le respecter en tout point.

Fait à

Le / /

Signature du représentant légal

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

E N F A N T 1	Nom : Prénom : Date de N. : / / Sexe de l'enfant F ☐ G ☐	
	REGIME ALIMENTAIRE	
	L'enfant a-t-il des contres indications alimentaires particulières :	
	AUTORISATION DE Baignade	
	Je soussigné(e) Madame, Monsieur, responsable légal de l'enfant inscrit ci-dessus, l'autorise à participer à toutes les activités aquatique qui se dérouleront dans le cadre du séjour de vacances organisé par l'Association « Les Gosses de Crépy » Date : Signature	
Mon enfant est : ☐ Bon Nageur ☐ Nageur Moyen		

E N F A N T 2	Nom : Prénom : Date de N. : / / Sexe de l'enfant F ☐ G ☐	
	REGIME ALIMENTAIRE	
	L'enfant a-t-il des contres indications alimentaires particulières :	
	AUTORISATION DE Baignade	
	Je soussigné(e) Madame, Monsieur, responsable légal de l'enfant inscrit ci-dessus, l'autorise à participer à toutes les activités aquatique qui se dérouleront dans le cadre du séjour de vacances organisé par l'Association « Les Gosses de Crépy » Date : Signature	
Mon enfant est : ☐ Bon Nageur ☐ Nageur Moyen		

E N F A N T 3	Nom : Prénom : Date de N. : / / Sexe de l'enfant F ☐ G ☐	
	REGIME ALIMENTAIRE	
	L'enfant a-t-il des contres indications alimentaires particulières :	
	AUTORISATION DE Baignade	
	Je soussigné(e) Madame, Monsieur, responsable légal de l'enfant inscrit ci-dessus, l'autorise à participer à toutes les activités aquatique qui se dérouleront dans le cadre du séjour de vacances organisé par l'Association « Les Gosses de Crépy » Date : Signature	
Mon enfant est : ☐ Bon Nageur ☐ Nageur Moyen		

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DES « GOSSSES DE CREPY »
--

Documents à fournir par la famille pour l'inscription :	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3
➤ Dossier d'inscription complété et signé	☐	☐	☐
➤ Règlement intérieur signé	☐	☐	☐
➤ Fiche sanitaire complétée et signée	☐	☐	☐
➤ Photocopie du carnet de vaccination à jour de l'enfant	☐	☐	☐
➤ Certificat médical apte à participer à toutes les activités	☐	☐	☐
➤ Test anti-panique ou test d'aisance aquatique	☐	☐	☐
➤ Paiement (chèque ou espèce)	☐	☐	☐
➤ Photocopie carte vitale des responsable	☐	☐	☐
➤ Photocopie de la mutuelle	☐	☐	☐
➤ Assurance extrascolaire	☐	☐	☐

Inscription pris en compte	☐	Par	
		Date	

Enregistrement informatique	☐	Date	
-----------------------------	--------------------------	------	--

Règlement intérieur

Séjour de vacances – Les Gosses de Crépy

1- PRESENTATION GENERALE

Agréée par le Ministère de la Jeunesse et des Sports, le séjour de vacances « *Les Gosses de Crépy* », est géré par une association loi 1901, les Gosses de Crépy.

L'association assure la gestion financière et opérationnelle du séjour :

- Elle pratique une politique de rencontres et d'échanges à travers les activités de groupe,
- Elle vise à la formation personnelle des enfants dans un sens d'écoute et de partage,
- Elle assure une mission de service en direction des familles, au bénéfice des enfants vers des temps de loisirs et de découvertes.

2- REGLEMENT DU SEJOUR

Le règlement du séjour peut s'effectuer de deux façons différentes (soit par chèque, ou par espèce). Lors de l'inscription de votre enfant la totalité du règlement sera demandé. Vous avez une possibilité de payer le séjour de vacances en plusieurs fois, en fournissant plusieurs chèques lors de l'inscription de votre enfant.

Pour toute annulation moins de 1 mois avant la date de départ, il vous sera facturé 200 € de frais d'inscriptions, sauf en cas d'accident grave justifié par un certificat.

Le remboursement du séjour ne pourra s'effectuer que sous certificat médical pour accident grave.

3- DIVERS

Les activités proposées tout au long du séjour sont encadrées par des Brevet d'état. L'équipe apportera son aide pour l'encadrement de ces activités. La tenue vestimentaire des enfants doit être adaptée aux activités choisies, à cet effet un programme d'activités vous sera remis avant le départ, ainsi qu'un trousseau de vêtement.

Les fiches sanitaires et d'inscription devront être remplies le plus précisément possible : coordonnées, renseignements médicaux...

Aucun médicament ne pourra être distribué à un enfant sans ordonnance médicale et une autorisation des responsables légaux permettant à l'équipe pédagogique de pouvoir donner un traitement à l'enfant.. Les frais médicaux sont à la charge de la famille. Ces frais sont remboursés par les organismes de sécurité sociale et caisse complémentaire.

Vous demeurez responsable des faits et gestes de votre enfant à l'encontre des tiers, des locaux, et du matériel de l'association et de la structure d'hébergement et pour tout incident le touchant personnellement (exemple : en cas de chute), sauf cas de faute grave d'organisation et manque de surveillance de l'équipe d'animation.

L'Association « les Gosses de Crépy » décline toute responsabilité en cas de perte, de détérioration ou de vol d'effets personnels. Nous vous déconseillons donc de donner à votre enfant des vêtements de marque ou des objets de valeurs tels que bijou, baladeur Mp3, téléphone portable, console, ...

Contracter une assurance n'est pas obligatoire. Ne pas être assuré peut contraindre à assumer personnellement et financièrement la réparation des dommages que votre enfant pourrait causer.

Il est vivement conseillé aux familles de limiter le montant de l'argent de poche à la somme de 50 euros. Votre enfant confie son argent au directeur qui le gère avec lui tout au long du voyage. Quand l'enfant a son argent ou quand il le garde, nous ne sommes pas responsables des pertes ou des vols.

En cas de non-respect du règlement ou de comportement déplacé, la direction pourra être amenée à exclure l'enfant. Dans ce cas, la famille sera immédiatement avertie afin de le récupérer. Les frais de retour seront bien entendu à votre charge.

Le présent règlement doit être signé par les parents ou par un représentant légal de l'enfant. (Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)

Signatures



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
Diphtérie				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 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**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....



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
Diphtérie				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 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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

[illegible]

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ:

[illegible]

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Signature :

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

.....

.....



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
Diphtérie				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 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**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

Trousseau conseillé (à modifier selon vos appréciations)

Nom : Prénom :

Mettre cette fiche dans le bagage de l'enfant.

Les noms et prénom de l'enfant doivent apparaître de façon indélébile sur tous les vêtements.

[illegible]

Trousseau conseillé (à modifier selon vos appréciations)

Nom : Prénom :

Mettre cette fiche dans le bagage de l'enfant.

Les noms et prénom de l'enfant doivent apparaître de façon indélébile sur tous les vêtements.

[illegible]

Trousseau conseillé (à modifier selon vos appréciations)

Nom : Prénom :

Mettre cette fiche dans le bagage de l'enfant.

Les noms et prénom de l'enfant doivent apparaître de façon indélébile sur tous les vêtements.

[illegible]