



**STAGE VTT**  
**LARZAC - LODEVOIS - SALAGOU**  
**du 20 au 22 février 2012**



**PROGRAMME de 9h30 à 16h30 (variable selon météo):**

	<b>Lundi 20</b>	<b>Mardi 21</b>	<b>Mercredi 22</b>
<b>10 h -12h30</b>	Arrivée + Installation au gîte Randonnée	Rando / Jeux	Rando Journée / Descente
<b>12h30 - 14 h</b>	Repas au gîte ou pique nique	Repas au gîte ou pique nique	Repas au gîte ou pique nique
<b>14 h - 16h30</b>	Rando / Maniabilité	Orientation	Rando Journée / Descente
<b>16h30 - Coucher</b>	Temps Libre. Dîner Veillée jeux	Temps Libre. Dîner Veillée film	

- Pour les jeunes âgés de 6 à 14 ans
- Places limitées à 12 jeunes.

**L'ENCADREMENT:**

Activité encadrée par un éducateur sportif brevet d'état VTT, membre des Moniteurs Cyclistes Français

- Xavier Chabanne "L'Ecole Buissonnière", école MCF du Larzac, Le Caylar.

**TARIFS (seules les inscriptions accompagnées du paiement seront validées) :**

- **les 3 jours** : 140 € (hébergement en gîte, restauration et encadrement)
- **Encadrement seul à la journée** : 20 € (repas tiré du sac)
- **Hébergement en gîte** : 12.5 € la nuitée
- **Repas** : petit déjeuner 4 €, midi 8 €, soir 12 €

(NB : Bons CAF acceptés)

**MATERIELS :**

Chaque participant est tenu d'arriver avec son VTT en état de marche.

Prévoir le matériel nécessaire à la réparation et l'entretien du vélo.

Location de VTT possible sur place.

**RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION (impérativement avant le 15 février 2012):**

L'ÉCOLE BUISSONNIÈRE,  
34520 Le Caylar en Larzac  
Xavier CHABANNE  
Tel : 06 63 18 80 37

Mail : [xav@randolarzac.com](mailto:xav@randolarzac.com)

Site : [www.randolarzac.com](http://www.randolarzac.com)



**FICHE D'INSCRIPTION**  
**(à envoyer impérativement avant le 15 février 2012)**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone des parents (obligatoire)

Fixe : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Jours de présence :       Lundi 20 /  Mardi 21 /  Mercredi 22

Repas :                       oui /  non

Jours (préciser):

Hébergement :             oui /  non

Jours (préciser) :

Renseignements ou  
remarques: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AUTORISATION PARENTALE :**

M. ou Mme \_\_\_\_\_ autorise mon enfant \_\_\_\_\_  
né(e) le : \_\_\_\_\_ à participer au stage de VTT organisé le 20, 21, 22 Février  
2012 par l'Ecole Buissonnière.

En cas d'accident de mon enfant, j'autorise les responsables du stage à faire intervenir les  
secours pour qu'il soit transporté au centre hospitalier le plus proche.

Merci de bien vouloir compléter la fiche sanitaire ci-jointe (1 par enfant).

Signature des parents :

**A adresser accompagné du règlement à : Xavier CHABANNE Les Rocailles 34520 Le CAYLAR**

## MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS FICHE SANITAIRE de LIAISON 2011

Enfant : .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

### 1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>Ou</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

### 2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non   
MÉDICAMENTEUSES oui  non   
AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui  non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (Informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui  non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Varicelle Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Angine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rhumatisme Articulaire aigu Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Scarlatine Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Otite Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Rougeole Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oreillons Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

### 3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

### 4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : ..... PRENOM : .....  
TEL DOMICILE : ..... TEL. TRAVAIL : ..... TEL PORTABLE : .....

NOM et TEL. du MEDECIN TRAITANT (facultatif) : .....

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) : ..... (Obligatoire)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature du responsable légal :