

# SÉJOUR SENSATIONS NATURE

VACANCES TOUSSAINT  
DU 20 AU 24 OCTOBRE  
2025

## MODALITÉS D'INSCRIPTION


**DOSSIER COMPLÉTÉ À RENVOYER**  
par mail ou par courrier à l'adresse du centre  
ou à déposer sur place :

Chalet de Montagne UDSIS  
Route du Pla del Mir - 66210 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

- ▶ 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 sont à réaliser 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 : SMACL ASSURANCE

Police n° 60388/P  
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

## APPEL PENDANT LE SÉJOUR



**+33 (0)4 68 04 31 05**

Nous vous demandons de bien vouloir modérer les appels à votre enfant en respectant les horaires : **19h30 > 20h00**

## 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



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 ou le Puigmal est assuré par un autobus

- ▶ **Départ Bus le Lundi à 7H30**  
(RDV à 7H15)
- Retour le Vendredi à 16H30**

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



# SÉJOUR SENSATIONS NATURE

VACANCES TOUSSAINT  
DU 20 AU 24 OCTOBRE  
2025



L'inscription sera définitive  
à réception du dossier complet  
et du paiement.

## ENFANT

NOM (S) : ..... PRÉNOM (S) : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : ..... PAYS : ..... NATIONALITÉ .....

## RESPONSABLE LÉGAL

NOM : ..... PRÉNOM : .....

PÈRE  MÈRE  TUTEUR  AUTRE<sup>1</sup> | 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



Joindre la photocopie du carnet de vaccination (impératif)

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<p>1 – ENFANT</p> <p>NOM : _____</p> <p>PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _____</p> <p>GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------	---

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 AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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.**)

---



---



---

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**

---

---

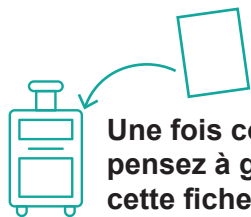
---

---

---

---

---



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
<b>Pour la toilette, les soins</b>				
2	1 serviette de toilette + 1 serviette de bain			
1	nécessaire de toilette (dentifrice, brosse à dents, savon, ...)			
1	crème solaire			
<b>Pour la journée</b>				
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			
<b>Pour les activités</b>				
1	sac à dos			
1	casquette			
1	gourde			
1	kway			
1	paire de lunettes de soleil			
<b>Pour le soir</b>				
2	tenués pour la nuit			
1	paire de chaussons ou claquettes			
<b>Divers</b>				
	doudou			
	livre			
	téléphone			



## CONFORMITÉ AU RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD)

Dans le cadre du respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), il est nécessaire d'obtenir le consentement explicite des familles lors de l'inscription de leur enfant aux activités de l'UDSIS, concernant l'utilisation de leurs données personnelles par les services instructeurs de l'État et les autres parties prenantes.

Formulaire de Consentement à la Collecte et au Traitement des Données Personnelles

Afin de respecter cette réglementation, merci de bien vouloir remplir, signer et nous retourner le document suivant :

Je soussigné(e) : .....

En qualité de représentant(e) légal(e) de l'enfant : .....

Autorise l'UDSIS à collecter, traiter et transmettre les données personnelles nécessaires à l'inscription de mon enfant aux activités suivantes :

SÉJOURS SENSATIONS NATURE

### LES INFORMATIONS RECUEILLIES SERONT EXCLUSIVEMENT UTILISÉES POUR :

- La gestion administrative et la validation de l'inscription. La transmission aux services de l'État en charge de l'instruction des demandes de subvention, afin de justifier l'aide à laquelle je suis éligible.
- La production de statistiques anonymisées visant à évaluer l'efficacité des dispositifs.
- Ces données seront conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités indiquées ci-dessus et en conformité avec les délais de conservation imposés par la loi.
- Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation, d'opposition, ainsi que du droit à la portabilité de vos données personnelles.
- Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la Protection des Données (DPO) de l'UDSIS à l'adresse suivante :  
UDSIS - Bat.Christian Bourquin-2 Allée Hector Capdellayre-66300-THUIR  
ou par courriel : [contact@udsis.fr](mailto:contact@udsis.fr).

Lu et approuvé,

à : ..... Le ..... / ..... / .....

Signature