

CONSIGNES POUR LE SEJOUR MONTAGNE A VAL LOURON 2018

OBJECTIFS

- découvrir un environnement nouveau
- pratiquer une activité physique de pleine nature (au programme de l'EPS)
- agir en citoyen responsable en respectant les règles de la vie collective
- favoriser les relations élèves-professeurs

PERIODE

- Départ de La Baule le dimanche 18 mars 2018 à 5h00 du matin, **merci de vous présenter devant le collège à 4 h 40** pour l'appel.
- Arrivée à la station de Val-Louron vers 17 h.
- Départ de Val Louron le vendredi 23 mars vers 13 h pour un retour au collège le samedi 24 mars à 0 h 30.
- prévenir M. Langlais au 06.25.88.30.61 si votre enfant est malade au moment du départ.

LIEU

- Val Louron dans les Hautes-Pyrénées (65), petite station en cul de sac sans circulation automobile.

TRANSPORT

- 2 bus de la compagnie Transport T

HEBERGEMENT

- bâtiment collectif dans des chambres de 4 à 7 avec salle de bain et WC.
- restauration en self dans un réfectoire

TRAVAIL

- le soir dans les chambres, il y a un bureau et des chaises, un livret de travail sera préparé par les professeurs

SKI

- 2x2h par jour de ski du lundi au jeudi par groupes de niveau encadrés par les enseignants d'EPS ou des moniteurs de ski, vendredi matin sortie raquettes

LOISIRS ANIMATIONS

- Diaporama sur la montagne, soirée sur la sécurité en montagne, boum, achats de souvenirs pas plus de 15€ (attention garder 5€ pour la médaille)



VOIR AU VERSO

COMMUNICATION

- infos et photos par le site **E-lyco du collège**, il y a une cabine téléphonique dans la station, **mobiles interdits**

SANTE

Pas de médecin sur place, bien remplir la fiche sanitaire (**à rendre avant les vacances**)

prévoir du paracétamol avec une ordonnance en cas de fièvre.

Cocculine mal des transports + sacs de congélation

Crème solaire et baume à lèvres.

Vérifier que l'attestation d'assurance soit fournie.

Ne pas faire partir un enfant grippé ou en plein épisode de gastro entérite à cause de la contagion... Si un enfant inscrit ne part pas pour raison médicale la famille est remboursée.

Poux : Pas de départ au ski, si l'enfant a des poux.

TROUSSEAU

- linge de corps pour une semaine
- serviette de toilette
- duvet
- taie d'oreiller
- drap housse 1 personne
- combinaison de ski + blouson ou salopette + blouson
- bonnet
- tour de cou mais pas d'écharpe
- gants de ski étanches
- masque de ski
- chaussettes montantes
- après ski acceptant la fixation des raquettes
- pull polaire et chaussures de sport.
- 1 montre
- **Vêtements à marquer au feutre.**

DIVERS

- pas de bonbons, gâteaux ou boissons sucrées
- pique nique à prévoir pour le voyage aller seulement (petit déjeuner et déjeuner, de l'eau)
- trousse de travail, jeux de société, **pas d'appareil à écran**
- les portes des chambres ne seront pas fermées, pas d'objets de valeur, l'argent sera collecté par les professeurs,

FICHE SANITAIRE DE LIAISON • VOYAGE SCOLAIRE

Merci de remplir scrupuleusement cette fiche, puis de la remettre rapidement à l'enseignant. Les informations confidentielles qu'elle contient sont destinées uniquement au responsable et, le cas échéant, aux services médicaux. Elle vous sera rendue à la fin du voyage.

CADRE A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU VOYAGE

Etablissement : _____

Classe : _____

Séjour du : _____ au : _____

Lieu du séjour : _____

Responsable : _____

IDENTITE DE L'ÉLÈVE

Nom de l'enfant : _____

Prénom : _____

Né(e) le : _____

à : _____

Garçon :

Fille :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ÉLÈVE

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Coordonnées téléphoniques du père

Coordonnées téléphoniques de la mère

Domicile : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Domicile : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mobile : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Mobile : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Travail : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Travail : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Autres numéros pouvant être joints en cas d'urgence (indiquer le nom des personnes)

_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

_____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ÉLÈVE

L'élève suit-il un traitement médical ? OUI NON

Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants. (Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine, marquées au nom de l'enfant et accompagnées de leur notice.)

Nous vous rappelons qu'aucun médicament ne pourra être donné à l'élève sans ordonnance.

L'élève a-t-il des allergies ?

Asthme : OUI NON

Alimentaires : OUI NON

Médicamenteuses : OUI NON

Autres : _____

Si OUI, précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, merci de le signaler) :

ETAT DES VACCINATIONS (SE RÉFÉRER AU CARNET DE SANTÉ ET AUX CERTIFICATS DE VACCINATION DE L'ÉLÈVE)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Pollomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'élève n'a pas les vaccins obligatoires, merci de **joindre un certificat médical de contre-indication**.
Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

ETAT DES MALADIES ENFANTINES

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

MALADIE	OUI	NON	MALADIE	OUI	NON
Rubéole			Coqueluche		
Varicelle			Rougeole		
Oreillons			Scarlatine		
Otite			Rhumatisme articulaire algü		
Angine					

INFORMATIONS ET RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Merci d'indiquer les éventuels problèmes ou difficultés de santé - énurésie, maladie, accident, crises convulsives, opérations, rééducation,... - en indiquant les dates, ainsi que les précautions à prendre.

*Votre enfant porte-t-il des lunettes, lentilles, prothèses auditives ou dentaires ?
Précisez aussi s'il est astreint à un régime alimentaire particulier (allergies, choix religieux,...)*

NOM ET COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT DE L'ÉLÈVE

Docteur : _____ Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse : _____

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné, _____, responsable légal de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : _____ Signature : _____

Attention : Évitez de confier son carnet de santé à votre enfant. Si vous souhaitez transmettre au responsable du voyage des extraits du carnet de santé, faites des photocopies et joignez-les à cette fiche.