

ÉTÉ 2025

STAGE TONIC

DÈS
8 ANS

À PARTIR
DU 6
JUILLET

ILE DE LOISIRS DE BUTHIERS
73 RUE DES ROCHES
77760 BUTHIERS

WWW.BUTHIERS.ILEDELOISIRS.FR
01.64.24.12.87
CONTACT@BUTHIERS.ILEDELOISIRS.FR



STAGE TONIC 2025

FONCTIONNEMENT

- **Au mois de juillet**
- **à la semaine**
- **du dimanche 17h au vendredi 17h.**

ACTIVITES

- Parcours Aventure et filet
 - Vélos funs
 - Escalade (extérieur et intérieur) / Fun walls
 - Activités manuelles, d'intérieures, d'extérieures
 - Simulateur de glisse
 - Piscine et ses toboggans
 - Parcours pieds nus
 - Veillées : grands jeux, soirée d'astronomie, barbecue.
- Toutes les activités sont encadrées par notre personnel spécialisé diplômé.

TROUSSEAU

La literie est fournie par l'Île de Loisirs. Le trousseau doit comprendre des vêtements ne craignant ni les accros, ni les salissures suite aux nombreuses activités pratiquées durant le séjour. **Il est conseillé de noter les affaires des enfants.**

- Linge de corps
- Trousse de toilette, savon, dentifrice, brosse à dent, ...
- Pull, t-shirt, k-way
- Pantacourt, short, survêtement
- Serviettes (une pour la douche, une pour la piscine), maillot de bain (OBLIGATOIRE pour se baigner à la piscine, interdiction des shorts de bain)
- Chaussures de sport FERMEES (OBLIGATOIRE pour le Parcours Aventure), chaussettes
- Crème solaire, chapeau ou casquette, gourde.

ARGENT DE POCHE ET PORTABLES

L'Île de loisirs de Buthiers dispose de points de vente pour des confiseries, glaces et boutique de souvenirs.

Il est fortement conseillé de confier l'argent de poche et le portable à l'animateur. Le premier sera donné au moment des achats tandis que le second sera donné en dehors des activités.

FICHE MEDICALE

Remplir la fiche sanitaire de liaison et la joindre à la fiche d'inscription ainsi qu'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique d'activités physiques et sportives.

ASSURANCE OBLIGATOIRE

Votre enfant doit obligatoirement être couvert par une assurance **prenant en charge les risques en dehors des périodes scolaires** (assurance privée multirisques par exemple).

L'ATTESTATION DE VOTRE ASSUREUR DOIT ETRE FOURNIE A L'INSCRIPTION.

TARIFS

	Pour un enfant	Pour le 2 ^{ème} enfant
1 semaine	390 €	360 €
2 semaines	750 €	670 €

Les inscriptions sont définitives et doivent obligatoirement être concrétisées par un versement d'arrhes (100€). En cas de non-participation au séjour retenu, les arrhes ne seront pas remboursées. **Le règlement global du séjour se fait, au plus tard, le jour de l'accueil de votre enfant. Un justificatif de domicile de moins de 6 mois doit être fourni à l'inscription.**

Les journées d'absence ne seront remboursées que pour une absence justifiée égale ou supérieure à deux jours, (maladie, décès, cas de force majeure) sur décision de la direction de l'Île de Loisirs.

L'Île de Loisirs de Buthiers accepte les bons **VACAF** (selon le département) et les chèques vacances, **à fournir dès l'inscription.**

COMMUNICATION

Durant le séjour, vous pourrez communiquer avec votre enfant par téléphone ou mail :

Ligne direct des hébergements " Les Pins " : 01 64 24 18 23

Adresse mail : ca.buthiers2024@gmail.com



ÎLE DE LOISIRS DE BUTHIERS

FICHE D'INSCRIPTION POUR LE STAGE TONIC (Une par enfant)

Nom de l'enfant : Prénom :

Age et date de naissance :

Lieu de naissance :

Nom des parents : Prénoms :
(Ou personne responsable)

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone domicile :

Téléphone(s) travail :

Téléphone(s) portable :

Email :

DROIT A L'IMAGE (rayer la mention inutile)

J'autorise/je n'autorise pas l'Île de loisirs de Buthiers à photographier ou filmer, sans contrepartie financière, mon enfant, et à diffuser l'image de mon enfant sur des supports comme des affiches papiers, des sites internet pour la promotion du séjour de vacances, le stage tonic.

TRAITEMENTS, ALLERGIES, CONTRE-INDICATION, REGIME, REMARQUES :

.....
.....
.....

SEJOURS (cocher les dates retenues)

JUILLET

Semaine 1 : 6/07 au 11/07/2025 Semaine 2 : 13/07 au 18/07/2025

Je soussigné(e), responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables de l'Île de Loisirs à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et autorise l'enfant à participer à toutes les activités de l'Île de Loisirs de Buthiers.

Nom et prénom (de la personne responsable) :

Date : Signature :

Fiche d'inscription à renvoyer à : Île de Loisirs de Buthiers, 73 rue des roches, 77760 BUTHIERS ou par mail à ca.buthiers2024@gmail.com



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	
Polio				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 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.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES D'ENFANTS, ETC... PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TEL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE :.....

BUREAU :.....

NOM ET TEL. 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