

**ASCPA 20 rue de la Plaine des Bouchers  
67100 STRASBOURG**

**Aucune préinscription ne peut se faire par téléphone.**

La réservation devient effective à réception de l'acompte qui s'élève à 50 € par enfant et par semaine de stage, de la fiche sanitaire de liaison, du certificat médical de non contre-indication des activités proposées et du test d'aisance aquatique.

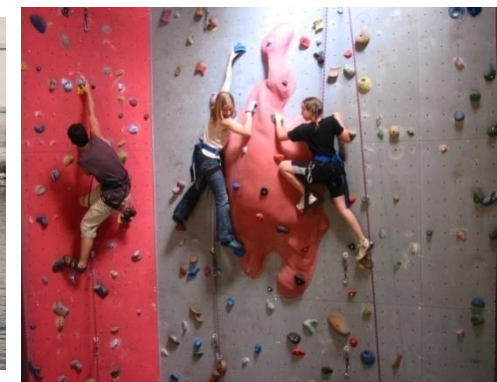
L'ASCPA se réserve le droit d'annuler les stages au plus tard 1 semaine avant s'il n'y a pas assez d'enfants inscrits. L'ASCPA pourra vous proposer un stage de remplacement ou la restitution de l'acompte.

Pour continuer à pratiquer le canoë-kayak ou l'escalade pensez à préinscrire votre enfant dès juin pour la saison à venir : de septembre 2023 à août 2024



## **VACANCES SPORTIVES 2023**

du 03/07/2023 au 01/09/2023



**A.S.C.P.A.** 20 rue de la Plaine des Bouchers  
67100 STRASBOURG  
Tél : 03 88 39 68 24

courriel : [ascpaete@orange.fr](mailto:ascpaete@orange.fr) Site : [www.ascpa.eu](http://www.ascpa.eu)

**A LA BASE DE PLEIN AIR DU HEYRITZ**  
**20 rue de la Plaine des Bouchers**  
**Centre de loisirs sans hébergement**  
**JUILLET ET AOÛT 2023**

## **STAGE KAYAK/ESCALADE**

**DATES :** du 10 juillet au 1er septembre 2023

**N.B. Le centre sera fermé le 14 juillet**  
**Le centre sera ouvert le 15 août**

**HORAIRES :** Du lundi au vendredi de 9h à 17h

**AGE :** de 7 à 17 ans  
des groupes seront formés en fonction de l'âge  
des participants

**LIEU :** Sur la base du Heyritz au bord de l'Ill et du  
Rhin Tortu

**REPAS :** Repas et goûter tirés du sac

**1 fois par semaine, une randonnée en canoë-kayak**

Prévoir des vêtements de rechange, baskets, lunettes de soleil,  
crème solaire, casquette, K-way

**La fiche sanitaire et le test d'aisance aquatiques sont obligatoires  
et devront être fournis avant le début du stage.**

**PRIX 150 € la semaine**  
**130 € la semaine du 10 au 13/07**

**AUCUNE RESERVATION NE SERA POSSIBLE**  
**SANS L'ACOMPTE ET LA FICHE D'INSCRIPTION**

**LES SEMAINES DE STAGES**  
**A la base de plein air et en extérieur**  
**en Juillet et Août 2023**  
**POUR LES PLUS DE 10 ANS**

## **1. RANDO CANOE-KAYAK \*4 RIVIERES**

du 03/07 au 07/07

**PRIX : 235€ - 7 à 15 places**

## **2. ESCALADE\***

Du 10/07 au 13/07

**PRIX : 195€ - Maximum 8 places**

## **3. EQUITATION /ESCALADE / KAYAK \***

du 17 au 21/07, du 24 au 28/07 et du 21 au 25/08

**PRIX : 235€-Maximum 8 places**

(\* ) Voir le détail sur les pages intérieures

**La fiche sanitaire et le test d'aisance aquatique sont obligatoires et  
devront être fournis avant le début du stage.**

**AUCUNE RESERVATION NE SERA POSSIBLE**  
**SANS L'ACOMPTE ET LA FICHE D'INSCRIPTION**

## 1. RANDO CANOE-KAYAK – 4 RIVIERES

Age 10 à 17 ans – prix 235€

Semaine du 03/07 au 07/07

Les enfants sont pris en charge de 9h à 17h

**1<sup>er</sup> jour** : Initiation sur la base de l'ASCPA de 9h à 17h

**2<sup>ème</sup> jour** : Descente de la Brûche ou de l'III

**3<sup>ème</sup> jour** : Descente du Brunwasser

**4<sup>ème</sup> jour** : Descente du Rhin Tortu

**5<sup>ème</sup> jour** : Traversée de Strasbourg

*Repas de midi et goûter tirés du sac.*



## 2. ESCALADE

Age 10 à 17 ans – prix 195€

Semaine du 10 au 13/07

Les enfants sont pris en charge de 9h à 17h

**1<sup>er</sup> jour** : Initiation sur la base de l'ASCPA

**2<sup>ème</sup> jour** : Falaise du Kronthal

**3<sup>ème</sup> jour** : Falaise du Falkenstein

**4<sup>ème</sup> jour** : Falaise du Gueberschwir

*Repas de midi et goûter tirés du sac.*



### 3. EQUITATION / ESCALADE / KAYAK

Age 8 à 17 ans – prix 235€

Semaines du 17 au 21/07, du 24 au 28/07 et du 21 au 25/08

Les enfants sont pris en charge de 9h à 17h.

**1<sup>er</sup> jour :** Initiation à la base de l'ASCPA au canoë-kayak et à l'escalade

**4 matinées :** équitation au Poney Club de Geispolsheim

**4 après-midis :** canoë-kayak et escalade en alternance

Il faudra prévoir un pantalon, et si possible une paire de bottes  
Les bombes sont fournies.

*Repas de midi et goûter tirés du sac.*



## FICHE D'INSCRIPTION



Choix du/des stage(s) : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

NOM (de l'enfant) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Tél. 1 \_\_\_\_\_ Tél. 2 \_\_\_\_\_

*Chaque participant devra être en règle avec son assurance personnelle pour la pratique des activités sportives.*

**Nom et n° de police d'assurance :** \_\_\_\_\_

Situation CPAM /CAF: vous êtes au Régime Local, Général, Fonctionnaire,

SNCF, EDF ou GDF :  Oui  Non

Si OUI **votre numéro allocataire CAF (obligatoire) :** \_\_\_\_\_

Si NON, Régime :  MSA ou  Autre régime à préciser: \_\_\_\_\_

**Pour bénéficier d'un tarif réduit joindre une photocopie de l' « Attestation de quotient familial (QF) » de la CAF.**

Les tarifs affichés sont les pleins tarifs. Réduction possible si :

Quotient Familial	réduction
QF > 1000	Pas de réduction
800 < QF < 1000	-10%
QF < 800	-20%
Chèques vacances acceptés. Bons CAF non valables.	

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, père/mère/tuteur autorise mon fils/ma fille à participer au(x) stage(s) indiqué(s) ci dessus et **autorise/n'autorise pas** mon enfant à quitter seul l'ASCPA à 17h. (*barrer la mention inutile*)

J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures concernant mon enfant en cas d'accident nécessitant une intervention urgente.

Le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 2023 Signature :



**FICHE SANITAIRE  
DE LIAISON**

T - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

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 ?

RUBEOLE 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"/>	

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

ASCPA 20 RUE DE LA PLAINE DES BOUCHERS  
67100 STRASBOURG  
☎ 03 88 39 68 24

courriel: [ascpaete@orange.fr](mailto:ascpaete@orange.fr) - Site : [www.ascpa.eu](http://www.ascpa.eu)

OBSERVATIONS

Pensez au certificat médical de non contre indication à la pratique des sports concernés à une photocopie du brevet de natation pour les activités avec canoë-kayak ou voile.