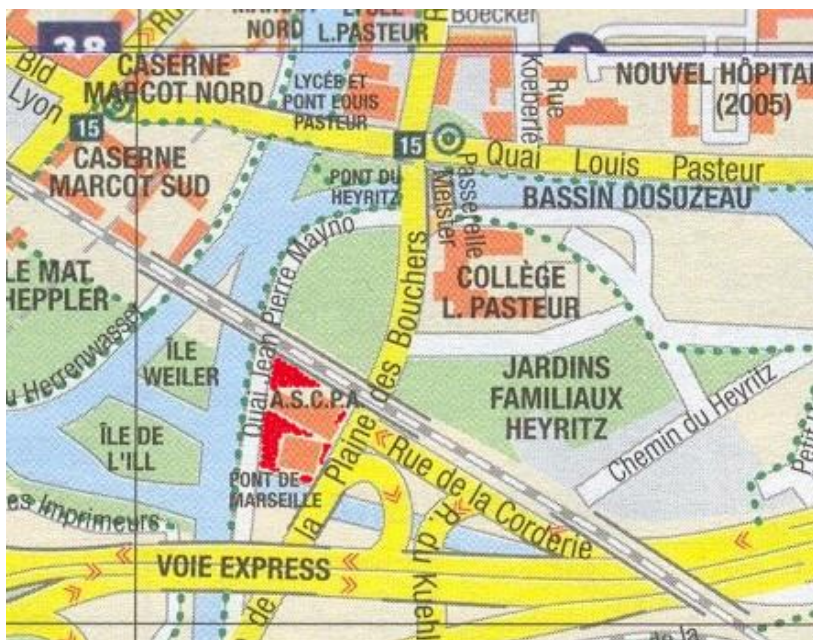




**ASCPA 20 rue de la Plaine des Bouchers
67100 STRASBOURG**

Aucune préinscription ne peut se faire par téléphone.

La réservation devient effective à réception de l'acompte qui s'élève à 100 € par enfant et par semaine de stage, de la fiche sanitaire de liaison et du test d'aisance aquatique.

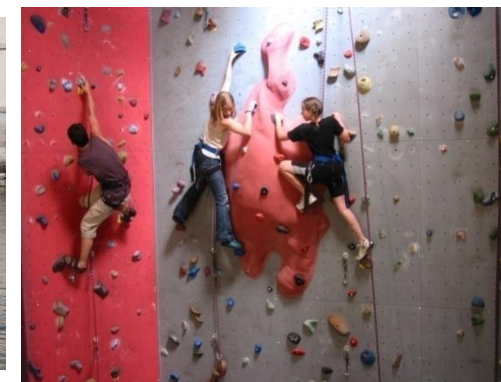
L'ASCPA se réserve le droit d'annuler les stages au plus tard 1 semaine avant s'il n'y a pas assez d'enfants inscrits. L'ASCPA pourra vous proposer un stage de remplacement ou la restitution de l'acompte.

Pour continuer à pratiquer le canoë-kayak ou l'escalade pensez à préinscrire votre enfant dès juin pour la saison à venir : de septembre 2025 à août 2026



VACANCES SPORTIVES 2026

du 06/07/2026 au 28/08/2026



A.S.C.P.A. 20 rue de la Plaine des Bouchers
67100 STRASBOURG

Tél : 03 88 39 68 24

courriel : ascpaete@orange.fr Site : 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 AOUT 2026

STAGE KAYAK/ESCALADE

DATES : du 6 juillet au 28 août 2026
Le centre sera ouvert le mardi 14 juillet 2026

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

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

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

PRIX 190 € la semaine

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

A.S.C.P.A 20 rue de la Plaine des Bouchers 67100 STRASBOURG ☎ 03.88.39.68.24

LES SEMAINES DE STAGES
A la base de plein air et en extérieur
en Juillet et Août 2026
POUR LES PLUS DE 10 ANS

1. EQUITATION /ESCALADE / KAYAK *

du 6 au 10/07, 13 au 17/07, du 20 au 24/07 et
du 17 au 21/08

PRIX : 255€ la semaine – 8 places

(*) Voir le détail sur la page suivante

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

courriel : ascpaete@orange.fr - Site : www.ascpa.eu

1. EQUITATION / ESCALADE / KAYAK

Age 8 à 17 ans - 255€

8 places

Semaines du 6 au 10/07, du 13 au 17/07, du 20 au 24/07 et du 17 au 21/08

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

4 matinées : équitation au Poney Club de Geispolsheim

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

5^{ème} jour : Multi activités sur la base

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



Choix du/des stage(s) : _____ 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 ____ / ____ / 2026 Signature :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - 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 ☐ NON ☐	VARICELLE OUI ☐ NON ☐	ANGINE OUI ☐ NON ☐	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI ☐ NON ☐	SCARLATINE OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE OUI ☐ NON ☐	OTITE OUI ☐ NON ☐	ROUGEOLE OUI ☐ NON ☐	OREILLONS OUI ☐ NON ☐	

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 - Site : www.ascpa.eu

OBSERVATIONS

Pensez à une photocopie du brevet de natation pour les activités avec canoë-kayak.