



**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**

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**

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**

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 - Site : www.ascpa.eu

OBSERVATIONS

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