

## **ACTIVITÉS ADOS - Relâches 2025**

### **DES SORTIES POUR LES ADOS ENTRE 12 ET 15 ANS RÉVOLUS**

### **Programme et inscriptions**

**Semaine du 17 au 21 février 2025**

Tu as entre 12 et 15 ans et tu ne sais pas quoi faire pendant les relâches ?  
Alors viens participer aux activités au CRA et inscris-toi au mini camp du lundi au mercredi à Ondallaz.

### **Programme du lundi 17 au mercredi 19 février à Ondallaz – inscription obligatoire (2<sup>ème</sup> page)**

Départ le lundi 17 février : Rendez-vous à la gare de Renens à 8h30.

Retour le mercredi 19 février : à la gare de Renens à 18h00.

Tarif CHF 45.- / enfant

- ◆ Luge ou autre activité au chalet
- ◆ Casino ou soirée cinéma
- ◆ Nuit au chalet
- ◆ Brunch et jeux au chalet
- ◆ Ski ou autre activité

### **Programme sans inscription – au CRA – Entrée libre**

Jeudi 20 fév.      Rendez-vous à 10h au CRA et choisissons une activité ensemble !  
Heure de fin à définir selon l'activité du jour – dès 12 ans révolus

Vendredi 21 fév.    Accueil libre de 16h00 à 21h30 – dès 12 ans révolus

## INSCRIPTION DU LUNDI 17 AU MERCREDI 19 FÉVRIER À ONDALLAZ

Fille     Garçon     Autre

Nom		Prénom	
Date de naissance		N° de Natel	
N° assurance accident			
Adresse complète			
Pointure de chaussure		Taille de vêtement	

**Je prends note que mon enfant peut être photographié.e dans le cadre des activités.**

### Questionnaire de santé

**MERCI DE JOINDRE UNE COPIE DU CARNET DE VACCINATION**

**(Sans ce document, nous déclinons toute responsabilité en cas de vaccination urgente et nécessaire)**

### ENFANT

Assurance maladie	
Problèmes de santé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, lesquels)	
Allergies <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui, lesquelles)  _____	<input type="checkbox"/> Une intolérance, c'est-à-dire désagrément (maux de ventre, de tête...) si ingestion de l'allergène Traitement médical si nécessaire : _____  <input type="checkbox"/> Une allergie pouvant mettre en danger (ex : œdème, gonflement des lèvres...) si ingestion de l'allergène Traitement médical si nécessaire : _____
Régime alimentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (sans porc, végétarien)	
Divers (à l'intention de l'équipe afin d'accueillir au mieux votre enfant)	<i>somnambulisme, pipi au lit, etc</i> _____

### PARENT/REPRÉSENTANT.E LÉGAL

Nom		Prénom	
N° de natel / téléphone			
Employeur			
Tél. Professionnel			
<b>PERSONNE ATTEIGNABLE PENDANT LA DUREE DU CAMP</b>			
Nom			
Prénom			
N° de natel / téléphone			

Le père, la mère ou la personne responsable :

- Autorise la Direction du camp à prendre toute disposition d'urgence nécessaire à la santé de l'enfant susmentionné.e, en cas de maladie ou d'accident.

Renens, le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_