

WEEK-ENDS À THÈMES

A photocopier

Tous ces week-ends commencent **à partir de 10h** et se terminent vers **17h30**

<u>COCHER le week-end choisi :</u>	<u>TARIFS :</u>
<input type="checkbox"/> COUPLES du 27 au 29 Mars : 3 jours	390€ TTC
<input type="checkbox"/> PÂQUES du 4 au 6 Avril : 3 jours	390€ TTC
<input type="checkbox"/> PLAISIRS EN PERIGORD du 25 au 27 Avril : 3jours	390€ TTC
<input type="checkbox"/> ENTRE COPINES du 25 au 27 avril: 3 jours	390€ TTC
<input type="checkbox"/> AUTOUR DES ANIMAUX du 1 au 3 Mai : 3 jours	390€ TTC
<input type="checkbox"/> Z'ANIMAUX du 27 au 29 Novembre : 3 jours	390€ TTC
<input type="checkbox"/> MUSIC AND CO du 27 au 29 Novembre : 3 jours	390€ TTC

Participant : Nom Prénom

Inscription en couple : Oui Non Si oui, de qui s'agit il ?

Date de naissance / / Sexe : M ou F

Autonomie : BA MA Tutelle / Curatelle : Oui Non

Numéro d'astreinte en cas d'urgence obligatoire :

Personne s'occupant de l'inscription : Uniquement à cette adresse seront envoyés les informations et le dossier
(Merci de renseigner ces éléments de façon claire et lisible)

Nom : Prénom : Fonction :
Nom du chef de service :
Nom du foyer : Adresse :
Code postale : Ville : Tél :
Mail : Mail du secrétariat :

Le RELEVE DE FRAIS sera adressé à : (Merci de renseigner ces éléments de façon claire et lisible)

Organisme : Nom : Tél :
Adresse :
Code postale : Ville :
Mail :
Mail comptabilité :

CONVOYAGE :

Le vacancier sera pris en charge : A la gare de Souillac ou Sarlat Accompagné par sa structure

Je soussigné(e) Mme, Mr
agissant en qualité de
certifie avoir pris connaissance des conditions
générales et particulières de LA LYSARDIERE
mentionnées au catalogue 2026 et déclare les
accepter sans réserve.

Fait à , le

Signature

LES MINI SÉJOURS

A photocopier

Tous ces mini séjours commencent à partir de 10h et se terminent vers 17h30

COCHER le Mini Séjour choisi :

- | | TARIFS : |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> TRESOR PERDU DU PERIGORD du 7 au 11 Mai | 590€ TTC |
| <input type="checkbox"/> C'EST LA FETE ! du 7 au 11 Mai | 590€ TTC |
| <input type="checkbox"/> GRAND MIXTE du 14 au 18 Mai | 590€ TTC |
| <input type="checkbox"/> MELI MELO du 14 au 18 Mai | 590€ TTC |
| <input type="checkbox"/> PECHE ET PETANQUE PARTY | 590€ TTC |
| <input type="checkbox"/> ENTRE COPINES du 4 au 8 Novembre | 590€ TTC |
| <input type="checkbox"/> GOURMANDISES D'AUTOMNE du 4 au 8 Novembre | 590€ TTC |
| <input type="checkbox"/> DOUCEUR D'AUTOMNE du 11 au 15 Novembre | 590€ TTC |

Participant : Nom Prénom

Inscription en couple : Oui Non Si oui, de qui s'agit il ?

Date de naissance / / Sexe : M ou F

Autonomie : BA MA Tutelle / Curatelle : Oui Non

Numéro d'astreinte en cas d'urgence obligatoire :

Personne s'occupant de l'inscription : Uniquement à cette adresse seront envoyés les informations et le dossier
(Merci de renseigner ces éléments de façon claire et lisible)

Nom : Prénom : Fonction :

Nom du chef de service :

Nom du foyer : Adresse :

Code postale : Ville : Tél :

Mail : Mail du secrétariat :

Le RELEVE DE FRAIS sera adressé à : **(Merci de renseigner ces éléments de façon claire et lisible)**

Organisme : Nom : Tél :

Adresse :

Code postale : Ville :

Mail :

Mail comptabilité :

CONVOYAGE :

Le vacancier sera pris en charge : A la gare de Souillac ou Sarlat Accompagné par sa structure

Je soussigné(e) Mme, Mr
agissant en qualité de
certifie avoir pris connaissance des conditions
générales et particulières de LA LYSARDIERE
mentionnées au catalogue 2026 et déclare les
accepter sans réserve.

Fait à , le

Signature

WEEK-END ET SÉJOUR ORDINAIRE

A photocopier

Dates choisies :

du au 2026. Tarif 100 euros TTC / jour

Arrivée le matin et départ vers 17h30

Participant : Nom Prénom

Date de naissance / / Sexe : M ou F

Autonomie : BA MA Tutelle / Curatelle : Oui Non

Numéro d'astreinte en cas d'urgence obligatoire :

Personne s'occupant de l'inscription : Uniquement à cette adresse seront envoyés les informations et le dossier
(Merci de renseigner ces éléments de façon claire et lisible)

Nom : Prénom : Fonction :

Nom du chef de service :

Nom du foyer : Adresse :

Code postale : Ville : Tél :

Mail : Mail du secrétariat :

CONVOYAGE :

Le vacancier sera pris en charge : A la gare de Souillac ou Sarlat Accompagné par sa structure

Le RELEVE DE FRAIS sera adressé à : (Merci de renseigner ces éléments de façon claire et lisible)

Organisme : Nom : Tél :

Adresse :

Code postale : Ville :

Mail :

Mail comptabilité :

Je soussigné(e) Mme, Mr
agissant en qualité de

certifie avoir pris connaissance des conditions générales et
particulières de LA LYSARDIERE mentionnées au catalogue 2026
et déclare les accepter sans réserve.

Fait à , le

Signature

FICHE D'INSCRIPTION SÉJOUR

A photocopier

NOM DU SÉJOUR : **DATES :**

Participant : Nom Prénom

Inscription en couple : Oui Non Si oui, de qui s'agit il ?

Date de naissance / / Sexe : M ou F Mesure de protection : Oui Non

Numéro d'astreinte en cas d'urgence obligatoire :

Personne s'occupant de l'inscription : Uniquement à cette adresse seront envoyés les informations et le dossier
(Merci de renseigner ces éléments de façon claire et lisible)

Nom : Prénom : Fonction :

Nom du chef de service :

Nom du foyer : Adresse :

Code postale : Ville : Tél :

Mail : Mail du secrétariat :

CONVOYAGE : Nous contacter précedemment pour déterminer ensemble le lieu de prise en charge le plus proche
.....

Le RELEVE DE FRAIS sera adressé à : **(Merci de renseigner ces éléments de façon claire et lisible)**

Organisme : Nom : Tél :

Adresse :

Code postale : Ville :

Mail :

Mail comptabilité :

<u>Compris dans le tarif :</u> - assurance annulation - frais de dossier - transport	Tableau récapitulatif des tarifs					
	DORDOGNE			MER		
	SAISON (juin-juillet-aout)	HORS SAISON	DECEMBRE	SAISON (juin- juillet-aout-septembre)	HORS SAISON (Avril-Mai-octobre)	DECEMBRE
PA 7 JOURS (petite autonomie)		1 400€	1 450€			
Séjour la Team pas pressée	1 300€					
Séjour d'1 SEMAINE	1 200€		6j : 900€	1 240€	1 000€	
Séjour de 2 SEMAINES	2 100€		11j : 1650€	2 240€		11j : 1760€

Dès réception de cette fiche d'inscription le représentant légal
recevra la facture correspondante mentionnant l'acompte et le solde avec les dates d'échéances.

J'autorise l'utilisation de l'image de :oui non

Je soussigné(e) Mme, Mr agissant en qualité de certifie avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de LA LYSARDIERE mentionnées au catalogue 2026 et déclare les accepter sans réserve.

Fait à , le

Signature

FICHE CONFIDENTIELLE

Nous vous remercions de bien vouloir compléter intégralement les 6 pages du dossier d'inscription et de joindre une ordonnance pour chaque médicament du vacancier. L'ensemble est à nous transmettre :

- par mail à l'adresse suivante : laly.sardiere@gmail.com
 - ou par courrier à l'adresse suivante : 41 route de la Rivière, 24370 Saint-Julien-de-Lampon.

(Si vous téléchargez directement le dossier sur le site lalyssardiere.fr, vous avez la possibilité de le remplir et de le modifier numériquement.)

- Nom : Prénom : Age :
 - Nom et date du séjour :
 - Autonomie : bonne moyenne petite

Besoin d'une infirmière lors du séjour ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/>	Midi <input type="checkbox"/>	Soir <input type="checkbox"/>
Inscription en couple ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, de qui s'agit-il ?		
Si oui, partage la même chambre ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Personne en fauteuil roulant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	En sortie <input type="checkbox"/>		
Personne en déambulateur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			
Monte les escaliers	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			

PERSONNE D' ASTREINTE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE (soir/week end)

Responsable inscription <input type="checkbox"/>	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Autre personne * <input type="checkbox"/>
* Si autre personne :		
Prénom :	Nom :	
Téléphone :	Mail :	

DESCRIPTION DE LA PERSONNALITÉ DU VACANCIER (OBLIGATOIRE)

PARTIE 1 : HABITUDES DE VIE

Vie quotidienne (recommandation médicales, toilettes, habitudes...)

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

Comportement (relation avec des inconnus, encadrants, autres vacanciers, participation aux activités...)

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

PARTIE 2 : LA VIE QUOTIDIENNE

HYGIÈNE

	Seul(e)	Stimulation verbale	Aide partielle	Aide totale
• Fait sa toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Prend sa douche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Les cheveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les parties intimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Les pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se rase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se coiffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se brosse les dents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• S'habille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Reconnaît ses vêtements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Se chausse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Va aux toilettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Est-ce qu'une présence physique est nécessaire lors de la douche ? Oui Non

A besoin d'un timer lors de la douche ? Oui Non

Sait gérer son linge propre et son linge sale ? Oui Non

Merci de nous fournir toutes les informations complémentaires quant aux habitudes de toilette (protocoles) :

- Poche de stomie Oui Non
 - Pistolet Oui Non

Si oui, a besoin d'aide pour l'utiliser :

jour **Nuit** **Nom**

Enurésies :

Si oui, fréquence des changes :

Si oui, le/la vacancier/ère a besoin d'une aide pour se changer :

Si oui, type de change (à fournir) :

* Protections et alèses jetables à fournir en quantités adaptées pour le vacancier

Encoprésie :

Si oui, fréquence des changes :

Si oui, le/la vacancier/ère a besoin d'une aide pour se changer :

Si oui, type de change (à fournir) :

* Protections et alèses jetables à fournir en quantités adaptées pour le vacancier

ALIMENTATION

	Seul(e)	Stimulation verbale	Aide partielle	Aide totale
• Mange	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Boit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Présentation des aliments : Normaux Hachés Mixés Lisses

	Oui	Non
• Utilise du gélifiant *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Risque de fausses routes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez avec quels aliments (pain de mie, chips...)		
• Couverts adaptés *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lesquels ?

* à fournir en quantités adaptées pour le vacancier

Régime alimentaire :

Addictions alimentaires :

Troubles alimentaires :

Allergies :

Merci de nous fournir toutes informations complémentaires quant aux habitudes alimentaires :

.....

.....

RYTHME ET REPOS

	Oui	Non
• Peurs / angoisses nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, précisez :		
• Se lève la nuit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, pour quelles raisons ?		
• Besoin d'une surveillance nocturne*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Merci de noter que nos animateurs n'assurent pas de veille la nuit. Dormant sur place, ils interviennent pour de réelles nécessités.

Si oui, pour quelles raisons ?

Heure habituelle du coucher :

Heure habituelle du lever :

Informations complémentaires :

COMMUNICATION

Compréhension	Simple <input type="checkbox"/>	Moyenne <input type="checkbox"/>	Totale <input type="checkbox"/>
Mode de communication	Langage verbale <input type="checkbox"/>	Geste/Cris <input type="checkbox"/>	Ne parle pas <input type="checkbox"/> Pictos/Photos <input type="checkbox"/>
Peut exprimer ses besoins	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Peut tenir une conversation fluide	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Écrit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
Lit	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
Possède un téléphone portable	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, protocole ?			
Informations complémentaires			

RELATION

Sociable	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
S'isole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Agressivité verbale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Agressivité physique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, envers qui (encadrants, vacanciers, autres)		
Préconisations pour éviter/gérer ce type de difficultés ?		

En couple sur le séjour avec :

Partage la même chambre :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Partage le même lit (lits jumeaux):	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

DÉPLACEMENTS

Se repère dans l'espace	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Se repère dans le temps	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fatigable	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Marche	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Marche	seul(e) <input type="checkbox"/>	avec l'aide de quelqu'un <input type="checkbox"/>
	moins de 30 min <input type="checkbox"/>	de 30 minutes à 1h <input type="checkbox"/>
		avec du matériel <input type="checkbox"/>
		plus de 1 heure <input type="checkbox"/>

Vitesse / Rythme :

Informations complémentaires :

.....

.....

Peut monter un escalier	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Avec aide <input type="checkbox"/>
Se déplace en intérieur avec	Pas de matériel <input type="checkbox"/>	fauteuil <input type="checkbox"/>	canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/>
Se déplace en extérieur avec	Pas de matériel <input type="checkbox"/>	fauteuil <input type="checkbox"/>	canne <input type="checkbox"/> déambulateur <input type="checkbox"/>
À besoin de tenir le bras de l'accompagnateur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	

POUR LES PERSONNES EN FAUTEUILS

Occasionnellement pour les longues sorties	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
En permanence	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Peut se tenir debout	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Appui plantaire (pour les transferts) obligatoire	Oui <input type="checkbox"/>	
Transfert avec de l'aide dans un véhicule classique (trafic) obligatoire	Oui <input type="checkbox"/>	
Je manœuvre seul(e) mon fauteuil manuel :		
A l'intérieur :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
A l'extérieur :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

SORTIES

Peut sortir seul(e) sans accompagnement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Peut sortir seul(e) en petit groupe sans accompagnement	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sait demander son chemin	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Est capable de rentrer à une heure fixe	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Gère son argent :	Seul(e) <input type="checkbox"/>	avec aide <input type="checkbox"/>
Merci de prévoir à minima 10€		
Peut se mettre en danger ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, comment ?		

LES ACTIVITÉS

Sait nager	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Sait choisir parmi plusieurs activités	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Centres d'intérêt :		

Activités interdites :

.....

.....

.....

TROUBLES

Objet personnel	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez :		
Rituels	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez :		
Potomanie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Peur de la foule	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Crise d'angoisse	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
S'isole	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Fabulations, délires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Trouble de la mémoire	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Autres :		
Mise en danger de soi	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez :		
Automutilation	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez (fréquence, type d'objet, élément déclencheurs...) :		
Tendance à fuguer	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Tentative de suicide	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, date de la dernière tentative :		
Trouble exhibitionniste	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Troubles sexuels	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Précisez :		

S'il y a des troubles du comportement, quelles solutions mettre en place afin d'éviter ou gérer les différentes situations

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

HABITUDES DE VIE

Fumeur	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, à quelle fréquence :		
Peut-il/elle gérer seul(e)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Peut-il/elle être frustré(e) par la limite de cigarette	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, indiquer le comportement à adapter :		
Protocole cigarette :		
Peut consommer de l'alcool (ex: Bière au bar 1 fois dans le séjour)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, à quelle fréquence, peut-il/elle gérer seul(e) ?		
Type d'achat à éviter :		
Les préférences d'achat du vacancier :		

PARTIE 3 : SANTÉ → CHAQUE MÉDICAMENTS DOIT ÊTRE ACCOMPAGNÉ DE SON ORDONNANCE

Traitement médical (sous pilulier obligatoirement)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Prend son traitement seul(e)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Soins corporels	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, merci de préciser pour quels soins et quelle fréquence ?		
Porte des bas de contention ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Protocole :		
Soins infirmiers	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, merci de préciser pour quels soins et quelle fréquence ?		
Injections pendant le séjour *	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Matin <input type="checkbox"/>	Soir <input type="checkbox"/>

Pour des raisons d'organisation liées aux sorties et au fonctionnement du groupe, notre structure ne peut plus accueillir de personnes ayant besoin d'une intervention infirmière le midi. Nous vous remercions pour votre compréhension.

⚠ * Toutes injections lors d'un séjour nécessite le passage d'une IDE. Une ordonnance sera à envoyer obligatoirement ainsi que la carte vitale (PAS DE PHOTOCOPIE) ou l'attestation de droit.

Diabétique*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, y a t'il des injections	Matin <input type="checkbox"/>	Soir <input type="checkbox"/>
*Merci de fournir une ordonnance IDE, le protocole et le matériel nécessaire ainsi que la carte vitale		
Asthmatique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Épilepsie*	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, est-elle stabilisée ?		
Si oui, date de la dernière crise ?		
*Merci de fournir un protocole en cas de crise		

Déficience visuelle		
Non voyant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Mal voyant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Déficience auditive		
Sourd	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Malentendant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Port d'appareillage :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, quel type d'appareil :		
Porte un dentier :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Le gère t-il seul :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Poids : kg

Taille :

Antécédents médicaux (merci d'indiquer tous les antécédents médicaux à prendre en compte pour le séjour) :

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

Liste du trousseau

A photocopier

Merci de marquer le nom du vacancier sur les vêtements !

Éviter tout linge de valeur ou de lavage délicat .

Pour les vacances de 15 jours, le linge est lavé en milieu de séjour.

LISTE DU TROUSSEAU	ÉTÉ	HIVER
Slip ou culotte	7	7
Chaussettes	7	7
Soutien gorge	4	4
Pyjama ou chemise de nuit	2	2
Tee-shirt	7	7
Pull ou gilet	2	3
Manteau		1
Tenue sportive	1	1
Pantalon	1	3
Short / Bermuda	5	
Maillot de bain	1	1
Serviette de plage	1	1
Serviette de bain	2	2
Nécessaire de toilette(brosse ou peigne, savon, dentifrice, brosse à dents, shampooing, rasoir ,crème...)	1	1
Chaussure de ville	1	1
Chaussure type baskets	1	1
Sandale	1	
Paire de chaussons		1
Bonnet / Echarpe / gant		1
Sac à linge sale	1	1
Petite sacoche	1	1
Ceinture	1	1
Protections hygiéniques si besoin durant le séjour		
Enveloppes timbrées portant les adresses pour l'envoie des cartes postales		
Protections jetables pour le lit (si besoin)		
Crème solaire et anti moustique	1	
Casquette ou Chapeau	1	
Lunettes de soleil + gourde	1	
Porte monnaie pour l'argent de poche	1	1