



# LES SEJOURS

## ETE 2020

- Port Leucate du 06/07 au 19/07
- Activités nautiques à Vias du 06/07 au 19/07
- S 28 Multisports au Pouget du 06/07 au 10/07
- S 29 Voile et Fun à Balaruc du 13/07 au 17/07
- ~~Barcelona~~ du ~~17/07~~ au ~~30/07~~
- S 30 Multisports au Pouget du 20/07 au 24/07

- ~~Alpes Sens'Actions~~ du ~~25/07~~ au ~~31/07~~
- S 31 Voile et Fun à Balaruc du 27/07 au 31/07
- Découverte de la Corse du 31/07 au 13/08
- S 32 Sports pleine nature du 03/08 au 07/08
- Le petit campeur de bord de mer du 03/08 au 09/08

Cochez le séjour correspondant à votre choix

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM DE L'ENFANT : .....

PRENOM DE L'ENFANT : .....

DATE DE NAISSANCE :    /    /                      AGE :

Fille                       Garçon

Pointure : ..... Taille : ..... cm Poids : ..... kg

NOM ET PRENOM DES RESPONSABLES DE L'ENFANT

PERE : ..... MERE : .....

TUTUEUR EVENTUELLEMENT : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... VILLE : .....

TEL Domicile : ..... TEL Mobile Père : ..... TEL Mobile Mère : .....

@dresse mail : .....



### AUTORISATIONS ET ENGAGEMENTS

#### DROIT A L'IMAGE :

(cocher la case correspondant à votre choix)

J'AUTORISE l'organisme à utiliser les photos de mon enfant prises au cours du séjour, pour publication dans la brochure et sur le site internet afférents aux séjours à venir et organisés par l'organisme.

JE N'AUTORISE PAS l'organisme à utiliser les photos de mon enfant.

#### FRAIS MEDICAUX :

JE M'ENGAGE à rembourser dans les 8 jours qui suivent le séjour le montant des frais médicaux qui auraient pu être avancés par l'organisme.

JE RECONNAIS avoir pris connaissance des dispositions particulières aux séjours avec hébergement.

FAIT LE :

A :

SIGNATURE

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N° 85-0233

CETTE FICHE A ETE CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MEDICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT. ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE. ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

**I. ENFANT** NOM : ..... PRENOM : .....  
 SEXE  GARÇON  FILLE  DATE DE NAISSANCE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**II. VACCINATIONS** (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio	.....	___/___/___
Du DT coq	.....	___/___/___
Du Tétracoq	.....	___/___/___
D'une prise polio RAPPELS	.....	___/___/___
	.....	___/___/___

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES	VACCIN	DATES	VACCINS	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	.....	___/___/___	.....	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___	.....	___/___/___

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINE POURQUOI ? .....

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM	.....	___/___/___
	.....	___/___/___

**III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT**  
 L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations chirurgicales)

..... /\_\_\_/\_\_\_  
 ..... /\_\_\_/\_\_\_  
 ..... /\_\_\_/\_\_\_

## IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?  non  oui   
 SI OUI, LEQUEL ? .....  
 SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SEJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?  non  occasionnellement  oui   
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE, EST-ELLE REGLEE ?  non  oui

## V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : ..... PRENOMS : .....  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : .....

N° DE S.S. \_\_\_\_\_ N° DE TEL \_\_\_\_\_ DOMICILE \_\_\_\_\_ BUREAU \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : .....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Signature : .....

DATE : .....

## PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU SEJOUR : ..... Cachet de l'Organisme (siège social)

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 ARRIVEE LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 DEPART LE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## OBSERVATIONS FAITES AU COURS DU SEJOUR

PAR LE MEDECIN (qui indiquera ses nom, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SEJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

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



# Dispositions particulières relatives aux séjours avec hébergement

Adoption par délibération du Conseil Syndical en date du 04 juillet 2019 et mis en application à compter du 01 septembre 2019

Le Conseil Syndical est invité à se prononcer sur des dispositions réglementaires qui intéressent certains aspects administratifs et financiers des relations aux familles qui inscrivent leur enfant aux séjours organisés par le SIDSCAVAR :

Ces dispositions sont énumérées ci-dessous :

## **Maladie – Retard – Désistement - Interruption – Frais médicaux**

### **En cas de maladie :**

- Entre 1 et 14 jours précédant le départ, 25% des frais du montant de l'inscription seront retenus
- Au-delà de 14 jours précédant le départ, la totalité du séjour sera remboursé

Un certificat médical attestant que l'enfant ne peut participer au séjour doit être produit au service Enfance-Jeunesse.

### **En cas de retard au moment du départ :**

Les responsables (parents) de l'enfant seront tenus d'accompagner leur(s) enfant(s) sur le lieu du séjour à leurs frais.

### **En cas de désistement :**

100% des frais du montant de l'inscription seront retenus entre 1 et 7 jours précédant le départ

75% des frais du montant de l'inscription seront retenus entre 8 et 14 jours précédant le départ

50% des frais du montant de l'inscription seront retenus à partir de 15 jours et au-delà précédant le départ

### **Interruption du séjour ou renvoi :**

En cas d'interruption du séjour ou du renvoi de l'enfant, les frais du retour anticipé seront à la charge des parents

### **Frais médicaux :**

Les frais médicaux avancés par les prestataires leur seront remboursés en totalité par les parents, sur présentation des feuilles de soins.

# ATTESTATION DE REUSSITE



## Test d'aisance aquatique préalable à la pratique d'activités nautiques en Accueils collectifs de mineurs (ACM)<sup>1</sup> ou Test admis en équivalence (le sauv'Nage)

Conformément à l'arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R227-13 du code de l'action sociale et des familles.

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

**A satisfait aux exigences d'un test décrit ci-dessous, le ...../...../.....**

avec brassière de sécurité

A la piscine de : .....

ou sur le lieu d'activité à : .....

Déroulement du test : ce test peut-être réalisé en piscine ou sur le lieu de l'activité

- Effectuer un saut dans l'eau
- Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes
- Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes
- Nager sur le ventre sur 20 mètres
- Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant

Nom, prénom, qualité<sup>2</sup> de l'évaluateur: .....

Titulaire du diplôme de : .....N°.....

Signature :

**Ou  A obtenu le test « Sauv'nage » dans le cadre d'un club affilié FFN ENF, le ...../...../.....**

Nom du club : .....

Nom, prénom, qualité<sup>3</sup> de l'évaluateur: .....

Titulaire du diplôme de : .....N°.....

Signature :

<sup>1</sup> La réussite de ce test autorise la pratique des activités nautiques dans le cadre des ACM (accueil collectif de mineurs) : canoë-kayak et disciplines associées, descente du canyon, ski nautique, nage en eau vive, surf, glisse aéro-tractée nautique, voile, radeau et activité de navigation assimilées. L'activité baignade ne nécessite pas de test d'aisance aquatique.

<sup>2</sup> La réussite au test est attestée soit par une personne qualifiée pour exercer contre rémunération dans une des disciplines suivantes : canoë-kayak et disciplines associées, voile, canyonisme, surf de mer, natation, soit par une personne titulaire du BNSSA.

<sup>3</sup> La réussite au test est attestée par un évaluateur ENF1, titulaire du brevet d'Etat d'éducateur sportif premier degré des activités de la natation (BEESAN), du Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et des Sports des Activités Aquatiques et de la Natation (BPJEPSAAN), ou du brevet fédéral 2<sup>ème</sup> degré de la FFN.

LISTE

SEJOUR  
14 jours et 13 nuitées

## FICHE TROUSSEAU

A DONNER A L'EQUIPE D'ANIMATION LE JOUR DU DEPART

### Séjour Mer à Port Leucate

Nom et Prénom de l'enfant : .....

#### IMPORTANT

- Sur la fiche trousseau : n'oubliez pas de comptabiliser les vêtements que l'enfant portera sur lui le jour du départ.
- Toutes les pièces du trousseau devront être marquées (avec des étiquettes collées).
- Ranger les pièces du trousseau dans une valise ou un sac de voyage portant une étiquette aux Nom, Prénom et adresse complète du jeune.

#### RAPPEL DES DOCUMENTS A FOURNIR AVANT LE SEJOUR

- Fiche de Renseignements+ Fiche sanitaire
- L'attestation d'aptitudes à la pratique d'activités nautiques et aquatiques
- La copie de votre attestation de carte vitale ou de Couverture Médical Universelle (CMU)

#### ARGENT DE POCHE & TRAITEMENT MEDICAUX

- Le prix du séjour inclut déjà toutes les activités. L'argent de poche n'est donc pas nécessaire. Toutefois, un maximum de 30 euros en monnaie paraît largement convenir. Merci de le mettre dans une enveloppe sur laquelle vous aurez noté le nom de votre enfant et la somme confiée. Cette enveloppe est à donner à l'animateur référent lors du départ.
- En cas de traitement médical à suivre, veuillez mettre celui-ci dans un petit sac avec l'ordonnance du médecin libellée au nom du jeune et notifiée aux dates du séjour. Le tout est remis à l'assistante sanitaire lors du départ

La Ligue de l'Enseignement du Gard décline toute responsabilité quant à la perte, la détérioration, le vol ou tout autre dommage causé aux vêtements et effets personnels qui ne sont pas couverts par nos assurances.

<b>VETEMENTS</b>	
Survêtement ou jogging	5
T-Shirt ou débardeur	15
Pantalon	5
Short ou bermuda	10
Sweat shirt ou Pull-over	4
Vêtements de pluie (typa K-way)	1
Veste ou blouson léger	1
Pyjama	3
Slip ou culotte	14
Paire de chaussettes	14
Chaussures ou baskets usagés pour activités d'eau	1
Chaussures de sport (type tennis)	1
Paire de chaussons ou claquettes	1
Maillot de bain (pour activités aquatiques OBLIGATOIRE)	1
<b>TROUSSE DE TOILETTE</b>	
Gel douche	1
Brosse à dents + dentifrice	1
Peigne ou brosse à cheveux + chouchous	1
Shampoing	1
Crème solaire indice élevé	1
Mouchoirs en papiers	4
Serviette de toilette + drap de bain + gant de toilette 1 de chaque	2 de chaque
<b>DIVERS</b>	
Serviette de plage 1	2
Casquette ou chapeau 1	1
Lunettes de protection solaire 1	1
Sac pour le linge sale 1	1
Sac à dos + gourde + lampe de poche 1 de chaque	1 de chaque
Duvet + oreiller + tapis de sol gonflable	1 de chaque