



LES SEJOURS

ETE 2021

- Passion D'eaux vives à St Michel de Chaillol (14 jours)
- Sensations et sports au Pouget (5 jours)
- Découverte du Sud de la Corse (14 jours)
- Voile et Multisports à Balaruc (7 jours)
- Les Muschers de la clef (14 jours)

- Voile, Fun et Sports à Balaruc (5 jours)
- Les Saintes Marie de la Mer (5 jours)
- Port Leucate (7 jours)
- Cors'Aquatic Sud de la Corse (14 jours)
- Activités nautiques à Vias (5 jours)

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 :

**Photo
Obligatoire**

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 ^{er} VACCIN	___/___/___	___/___/___	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 ^{er} 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)

.....

ATTESTATION DE REUSSITE



Test d'aisance aquatique préalable à la pratique d'activités nautiques en Accueils collectifs de mineurs (ACM)¹ 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, qualité² 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, qualité³ de l'évaluateur:

Titulaire du diplôme de :N°.....

Signature :

¹ 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.

² 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.

³ 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^{ème} degré de la FFN.

LISTE

SEJOUR
7 jours et 6 nuitées

FICHE TROUSSEAU

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

Séjour Mer à Port Leucate du 02/08 au 08/08/21

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.
- Ne pas amener de bijoux, de linge délicat, d'objets ou vêtements de valeur tels qu'appareil photo, baladeur, console de jeux portative, ...

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

Nota : Le linge ne sera pas lavé, sauf cas exceptionnel. Le linge sale sera donc mis dans un sac prévu par vos soins à cet effet.

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.

VETEMENTS	
Survêtement ou jogging	3
T-Shirt ou débardeur	10
Pantalon	5
Short ou bermuda	7
Sweat shirt ou Pull-over	3
Vêtements de pluie (typa K-way)	1
Veste ou blouson léger	1
Pyjama	2
Slip ou culotte	8
Paire de chaussettes	8
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
TROUSSE DE TOILETTE	
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	3
Serviette de toilette + drap de bain + gant de toilette 1 de chaque	2 de chaque
DIVERS	
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



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.