



LES SEJOURS

ETE 2021

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Passion D'eaux vives à St Michel de Chaillol (14 jours) | <input type="checkbox"/> Voile, Fun et Sports à Balaruc (5 jours) |
| <input type="checkbox"/> Sensations et sports au Pouget (5 jours) | <input type="checkbox"/> Les Saintes Marie de la Mer (5 jours) |
| <input type="checkbox"/> Découverte du Sud de la Corse (14 jours) | <input type="checkbox"/> Port Leucate (7 jours) |
| <input type="checkbox"/> Voile et Multisports à Balaruc (7 jours) | <input type="checkbox"/> Cors'Aquatic Sud de la Corse (14 jours) |
| <input type="checkbox"/> Les Muschers de la clef (14 jours) | <input type="checkbox"/> 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.

Madame, Monsieur, Chers Parents,

Votre enfant est inscrit sur un séjour de vacances au cours duquel il pratiquera l'initiation à la plongée ou la randonnée subaquatique.

La législation en vigueur nécessite qu'il soit en possession d'une autorisation parentale **et** d'un certificat médical de non contre indication à la pratique de cette activité.

Vous trouverez ci-dessous un certificat type que nous vous invitons à faire remplir par votre médecin et à joindre au dossier sanitaire.

CERTIFICAT MEDICAL

(à remplir par le médecin)

Je soussigné(e), M _____ docteur en médecine,
certifie que l'enfant (*Nom, prénom*) _____

que j'ai examiné(e) ce jour, ne présente aucun signe clinique contre indiquant la pratique de la plongée sous-marine avec scaphandre ou la randonnée subaquatique.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

*Signature **et** cachet du médecin*

AUTORISATION PARENTALE

(à remplir par le responsable légal)

Je soussigné(e) M _____

Père, mère, tuteur de l'enfant _____

Autorise celui-ci à pratiquer la plongée sous-marine avec scaphandre ou la randonnée subaquatique dans le cadre de son séjour en centre de vacances.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature du représentant légal

Réglementation Jeunesse et Sports. Annexe de l'arrêté du 20/06/2003 :

« La plongée avec scaphandre autonome se pratique en milieu naturel ou en bassin »

Que l'activité soit organisée par le centre lui-même ou sous-traitée par un établissement d'activités physiques et sportives, celle-ci doit se dérouler conformément aux dispositions de l'arrêté du 22 juin 1998 relatif aux règles techniques et de sécurité dans les établissements organisant la pratique et l'enseignement des activités sportives et de loisirs en plongée autonome à l'air. Elle est conditionnée par la présentation d'une autorisation parentale et d'un certificat médical de non contre indication à la pratique considérée. L'activité est encadrée par une ou plusieurs personnes titulaires du Brevet d'Etat d'éducateur sportif, option plongée subaquatique.

SEJOUR : ____ Cors'Aquatic _____ **DATES** : du ____ / ____ / 20__ au ____ / ____ / 20__

ENFANT : NOM : _____ PRENOM : _____

ANIMATEUR : NOM : _____ PRENOM : _____

INVENTAIRE	Minimum conseillé	Contrôle par la famille	Contrôle à l'arrivée sur le centre*	Contrôle au départ du centre*
K-Way ou coupe-vent	1			
Paire de chaussures confortables (marche)	1			
Paire de chaussures de sport usagées	1			
Paire de chaussures aérées type sandalettes	1			
Paire de claquettes ou tong	1			
Paire de chaussettes	9			
Pull de laine, Sweat ou polaire	3			
Tee-shirt ou chemise manches longues	1			
Tee-shirt manches courtes	8			
Short ou bermuda ou jupe	5			
Pantalon	2			
Survêtement	1			
Pyjama ou chemise de nuit	2			
Culotte ou slip	9			
Maillot de bain	2			
Serviette de bain / de toilette / de plage	1 de chaque			
Gant de toilette	2			
Trousse de toilette avec savon, shampoing, brosse à dents, dentifrice, peigne, brosse.	1			
Mouchoirs en papier	2 paquets			
Petit sac à dos	1			
Crème de protection solaire (indice 50 conseillé)	1			
Chapeau de soleil ou casquette	1			
Lunettes de soleil	Facultatif			
Lampe de poche et gourde	1			
Sac de couchage (duvet) chaud	1			
Sac en tissu pour le linge sale	1			
Enveloppe timbrée	2			

Pour le bon déroulement du voyage et pour la sécurité de tous, un seul bagage par enfant (de préférence sac de voyage) sera accepté lors du départ.

**Des masques chirurgicaux (jetables de préférence) seront à prévoir pour le séjour selon les directives de l'état.
Une note à ce sujet sera rajoutée sur votre convocation avant le départ**

RECOMMANDATIONS :

- Tout le linge doit être **marqué** au nom de l'enfant et les vêtements portés le jour du départ doivent figurer sur le trousseau
 - Eviter d'emmener des vêtements de marque ou objets de valeur (bijoux, appareil photos, lecteur MP3, consoles de jeux, tablettes...).
- L'organisme ne sera pas responsable des vêtements non marqués et des objets perdus.**

CADRE A REMPLIR PAR L'ANIMATEUR

Je certifie avoir vérifié le trousseau de l'enfant ci-dessus nommé. Le ____ / ____ / 20__

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

*NB : Le siège de Tootazimut impose à ses équipes le contrôle du trousseau à l'arrivée et au départ pour les enfants de 6 à 13 ans. Pour les plus grands, il est possible que le présent document ne soit pas pointé car Tootazimut préconise l'autonomie du jeune sur son trousseau mais laisse libre le directeur du séjour de mettre en place l'organisation de son choix.



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.