

SERVICE SEJOURS LOISIRS EDUCATIFS

DOSSIER D'INSCRIPTION STAGE SAINT PARDOUX

Merci de nous retourner ce dossier accompagné OBLIGATOIREMENT des pièces suivantes :

- ☐ Fiche d'inscription complétée et signée
- ☐ Chèque d'arrhes de 30% du coût du séjour
- ☐ Fiche sanitaire complétée et signée avec les photocopies des pages vaccinations du carnet de santé
- ☐ L'autorisation de prise de vue
- ☐ L'attestation d'aptitude (formulaire ci-joint)

Il est OBLIGATOIRE de fournir une attestation d'aptitude à la pratique des activités nautiques
ou un diplôme équivalent (diplôme scolaire...)
ou formulaire ci-joint A FAIRE REMPLIR PAR UN MAITRE-NAGEUR (seul habilité à le faire)

ATTENTION

L'INSCRIPTION NE SERA EFFECTIVE QU'A RECEPTION DU DOSSIER COMPLET

SAINT PARDOUX du ____/____/____ au ____/____/____

STAGE _____

NOM DE L'ENFANT

Prénom

Fille
Garçon (1)

Date de naissance : ____/____/____

Age (au moment du séjour) : _____

Adhérent n° : _____ Association : _____

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT : Père - Mère - Tuteur / Mariés - Divorcés - Célibataire - Vie maritale - Veuf (1)

NOM : _____ Prénom : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

☎ Domicile : ____/____/____/____/____ ☎ Portables : ____/____/____/____/____/____/____/____

☎ Professionnel du père : ____/____/____/____/____ ☎ Professionnel de la mère : ____/____/____/____/____

Email : _____

Profession du père : _____

Employeur : _____

Profession de la mère : _____

Employeur : _____

Nombre d'enfants à charge : _____ Ages : ____/____/____/____

SI L'ENFANT VIT EN FAMILLE D'ACCUEIL

Nom Prénom _____

Adresse _____

Tél. : ____/____/____/____/____

SI L'ENFANT VIT EN FOYER

Nom _____

Adresse _____

Tél : ____/____/____/____/____

A _____ le ____/____/____

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente.

Signature du responsable légal

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT
UN ACOMPTÉ DE 30%**

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Nous, soussignés, _____ père/mère/tuteur,
responsables de l'enfant _____

- Autorisons notre enfant, inscrit ci-dessus, à participer à toutes les activités organisées pendant son séjour en centre de vacances.
- Autorisons le directeur du séjour à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales d'urgence, selon les prescriptions du médecin consulté.
- Nous engageons à rembourser à la Ligue de l'Enseignement / FOL Haute-Vienne les frais d'honoraires de médecin, les frais de pharmacie, les frais d'hospitalisation et d'opération ou toute intervention pour la sécurité de notre enfant ayant entraîné des frais. Ces frais nous seront justifiés.
- Nous engageons à payer la totalité des frais de séjour restant à notre charge (coût du séjour déduction faites des aides déjà versées à la Ligue de l'Enseignement / FOL Haute-Vienne).
- Nous engageons à prendre en charge les suppléments dus à un retour individuel de notre enfant, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.
- Acceptons que notre enfant ne puisse quitter le centre de vacances en cours de séjour, qu'avec nous-même ou un membre de la famille en possession d'une décharge de responsabilité à l'attention du directeur du centre de vacances.
- **Personnes autorisées à récupérer l'enfant**

NOM / PRENOM	TELEPHONE et N° CARTE IDENTITE

A _____ le ____/____/____

Ecrire à la main, "Lu et approuvé" et signer.



FICHE SANITAIRE

**A APPORTER A SAINT PARDOUX
LE PREMIER JOUR DU STAGE**

SAINT PARDOUX STAGE

DATES : du ____/____/____ au ____/____/____

L'ENFANT

NOM : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : ☐ F ☐ G

Adresse : _____

NATATION : l'enfant sait-il nager ? ☐ oui (**fournir le test d'aisance aquatique**) ☐ non

L'enfant a-t-il fréquenté un accueil de loisirs : ☐ oui ☐ non

L'enfant vient-il pour la première fois en centre de vacances : ☐ oui ☐ non

Si "NON", centres fréquentés les deux dernières années :

LIEU et DATES		ORGANISME

Existe-t-il des contre-indications médicales pour la pratique de certaines activités ?

Si oui, lesquelles ?

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ? ☐ oui ☐ non

Votre enfant est-il bénéficiaire d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ? ☐ oui ☐ non

Si OUI, joindre obligatoirement la copie du PAI

LES PARENTS ou RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE LEGAL : PÈRE / MÈRE / TUTEUR

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville _____

Email : _____

☎ Fixe : ____/____/____/____/____

Portable père : ____/____/____/____/____ Portable mère : ____/____/____/____/____

☎ Travail père : ____/____/____/____/____ ☎ travail mère : ____/____/____/____/____

SI L'ENFANT EST CONFIE A UNE INSTITUTION

NOM : _____

Tél. : ____/____/____/____/____ Tél. astreinte 24/24 : ____/____/____/____/____

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

SI VOUS ETES BENEFICIAIRE DE LA C.M.U. JOINDRE IMPÉRATIVEMENT A CE DOSSIER LA
PHOTOCOPIE DE VOTRE ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE ET LA PHOTOCOPIE DE
VOTRE CARTE VITALE. N° de Sécurité Sociale : ____/____/____/____/____/____

Nom et adresse de votre caisse de Sécurité Sociale :

Nom et adresse de votre Mutuelle :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Taille : _____ cm Poids : _____ kg

Votre enfant est-il asthmatique ? ☐ oui ☐ non

Votre enfant est-il allergique ? ☐ oui ☐ non Merci de préciser le type d'allergie :

Votre enfant est-il incontinent d'urine de façon habituelle ? ☐ oui ☐ non

Votre enfant est-il incontinent d'urine de façon accidentelle ? ☐ oui ☐ non

Votre enfant a-t-il subi des interventions chirurgicales ? ☐ oui ☐ non

Si "oui", lesquelles et à quelles dates ? : _____

Votre enfant porte-t-il des lunettes ? ☐ oui ☐ non

Référence des verres : _____

VACCINATIONS

FOURNIR LES PHOTOCOPIES DES PAGES DU CARNET DE SANTE

Médicaments et soins journaliers - JOINDRE OBLIGATOIREMENT L'ORDONNANCE

ATTESTATION D'APTITUDE PREALABLE A LA PRATIQUE DES ACTIVITES NAUTIQUES DANS LES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS

(arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R .227-13 du code de l'action sociale et des familles)

Dans le cadre d'accueils collectifs de mineurs en centre de vacances ou centre de loisirs, **la pratique des activités nautiques est subordonnée à la production d'une attestation d'aptitude**. Sont concernés : la voile, le surf, le canoë, le kayak, la descente de canyon, le ski nautique, la nage en eau libre, le radeau et les activités de navigation associées.

Le test est à effectuer en piscine.

Seules les personnes possédant les qualifications suivantes sont habilitées à remplir cette attestation : maître-nageur sauveteur, brevet national de sécurité aquatique (BNSSA), brevet d'état d'éducateur sportif (BEES) dans l'activité nautique considérée ou les autorités de l'Education Nationale dans le cadre scolaire.

Je soussigné _____

Titulaire du diplôme _____ N° _____

Certifie que (nom, prénom de l'enfant) : _____

Né le : ____/____/____

A satisfait aux tests préalables à la pratique des activités nautiques en accueils collectifs de mineurs, tels qu'ils sont définis dans l'article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R.227-13 du code de l'action sociale et des familles :

- 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 pendant 20 mètres
- Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant

Epreuves effectuées en piscine

Epreuves effectuées en brassières

Fait à _____ le ____/____/____

Signature :

Cachet :