



# LES SEJOURS

## ETE 2023

- Voile et multisports (7 jours)
- Corse Juillet 14-17 ans (14 jours)
- Passion d'eaux vives (14 jours)
- Corse Juillet 11-17 ans (14 jours)
- Cirque et nature (7 jours)

- Corse Août 11-17 ans (14 jours)
- Camps multi-sports (5 jours)
- Eau vive et sports (5 jours)
- Nature et sports (5 jours)
- Equitation et sports (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 : .....

Email : .....

**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 CONÇUE 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
	ANTITUBERCULEUSE (BCG)	ANTIVARIOLIQUE	
Du DT polio			___/___/___
Du DT coq			___/___/___
Du Tétracoq			___/___/___
D'une prise polio			___/___/___
			___/___/___
ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE	AUTRES VACCINS
DATES		DATES	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	___/___/___	VACCIN	___/___/___
REVACCINATION	___/___/___	1 <sup>er</sup> RAPPEL	___/___/___

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

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

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 SUIT-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.

DATE : ..... Signature : .....

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)<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.



# 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.