

Madame, Monsieur,

Votre fils (fille) s'est inscrit(e) pour participer au **CAMP ETE du Lundi 23 Juillet au Vendredi 27 Juillet 2018** qui se déroulera à Vallon Pont d'Arc en Ardèche.

Ce séjour sera organisé et encadré par les équipes habituelles du Service Jeunesse de Roannais Agglomération.

Ouvert aux jeunes de 11 à 17 ans, il est accessible à tous.

Il vous sera proposé **aux tarifs ci-dessous, suivant le Quotient familial CAF (le camp sera éligible aux aides VACAF pour les QF<700) :**

Sans participer aux chantiers de jeunes =

QF < 500	= 168 €
501 < QF < 700	= 187,45 €
701 < QF < 900	= 199,50 €
901 < QF < 1100	= 210 €
QF > 1101	= 231 €

En participant aux chantiers de jeunes =

QF < 500	= 120,75 €
501 < QF < 700	= 140,20 €
701 < QF < 900	= 152,25 €
901 < QF < 1100	= 162,75 €
QF > 1101	= 183,75 €

Les journées de chantiers se dérouleront normalement les LUNDI 23 AVRIL et MARDI 24 AVRIL (à confirmer), JEUDI 5 JUILLET et VENDREDI 6 JUILLET, ainsi que LUNDI 9 et MARDI 10 JUILLET 2018 sauf changement de dernières minutes.

Ce prix comprend le transport, l'assurance, l'hébergement en pension complète, la location éventuelle du matériel, et l'encadrement.

Vous trouverez ci-joint un dossier d'inscription à remplir dans son intégralité (avec fiche sanitaire/renseignements, autorisation parentale et certificat médical à faire remplir par le médecin) et à nous retourner accompagnés de:

- Photo d'identité
- Attestation de Sécurité Sociale
- Justificatif de Quotient Familiale CAF
- Attestation d'assurance/ responsabilité civile
- Un chèque d'arrhes de 30€ à l'ordre de **Régie centre de loisirs ados**

Le nombre de place étant limité à 24 jeunes

Les inscriptions seront validées avec le retour du dossier complet.

La priorité est donnée aux jeunes du territoire de compétence de Roannais Agglomération

Puis par ordre d'inscription...

Une pré-inscription par mail à servicejeunesse@roannais-agglomeration.fr est donc nécessaire...

Une réunion de présentation sera organisée en fin Juin 2018 pour les détails du séjour.

Dans l'attente, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

Le responsable du séjour

BONNEFOY Sylvain

sybonnefoy@roannais-agglomeration.fr

06/45/73/65/12 et 04/26/24/90/86

AUTORISATION PARENTALE OBLIGATOIRE

Je soussigné(e)
et responsable de l'enfant :

Père, Mère, Tuteur (1)

.

- AUTORISE MON ENFANT à participer au Camp ETE organisé par le Service Jeunesse de Roannais Agglomération du 23 au 27 juillet 2018 inclus.
- Autorise le responsable du séjour à faire soigner notre fils / fille (1) et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
- Nous nous engageons à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuels.
- Je certifie avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription au séjour et je m'engage à remplir ce dossier dans son intégralité.

Fait à _____, le _____

Signature,

(1) *Rayez les mentions inutiles*

AUTRES RENSEIGNEMENTS

Visites lors du séjour :

L'enfant ne pourra être confié par le responsable du séjour aux parents ou à toute autre personne que sur demande écrite et signée du (ou des) responsable (s) légal (s) de l'enfant, qui déchargeront le responsable du séjour de **TOUTE RESPONSABILITE**.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX autres

TAILLE :

POIDS :

POINTURE :

**ATTESTATION D'APTITUDE PRÉALABLE A LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS NAUTIQUES ET
AQUATIQUES DANS LES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS**
(accueils relevant des articles L.227-4 et R.227-1 du code de l'action sociale et des familles)

Références : Code de l'action sociale et des familles : article R.227-13 et arrêté du 25 avril 2012 ; Code du sport : A322-44 et A322-66

Le test est obligatoire pour la pratique des activités de canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyonisme, surf de mer et natation.

Il peut être effectué en piscine ou sur le lieu de l'activité pour la pratique de laquelle il est obligatoire

Le test doit être effectué sans brassière de sécurité (circulaire du 30 mai 2012).

Date du test :

Nom et prénom du mineur :

Aptitudes vérifiées et acquises : (cocher les cases correspondantes)

- Effectuer un saut dans l'eau ☐
- Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes ☐
- Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes ☐
- Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant ☐
- Nager sur le ventre pendant 25 mètres (Attention : 50 mètres pour les plus de seize ans qui pratiqueront une activité voile) ☐

Résultat du test : ☐ satisfaisant ☐ non satisfaisant

Personne ayant fait passer le test :

Nom et prénom :

Qualification (voir informations au verso) :

Etablissement d'appartenance :

Numéro de carte professionnelle d'éducateur sportif :

Signature :

Liste des personnes habilitées à faire passer le test :

- Les personnes ayant le titre de maître-nageur sauveteur (MNS) de par la détention de l'un des diplômes suivants :

- o Diplôme d'Etat de maître-nageur sauveteur
- o BEES option activités de la natation
- o BPJEPS spécialité activités aquatiques et de la natation
- o BPJEPS spécialité activités aquatiques avec certificat de spécialisation de sauvetage et sécurité en milieu aquatique
- o DEJEPS spécialité perfectionnement sportif avec certificat de spécialisation de sauvetage et sécurité en milieu aquatique
- o DESJEPS spécialité performance sportive avec certificat de spécialisation de sauvetage et sécurité en milieu aquatique
- o DEUST animation et gestion des activités physiques, sportives ou culturelles avec mention activités aquatiques et surveillance donnant l'unité d'enseignement sauvetage et sécurité en milieu aquatique
- o Licence professionnelle animation, gestion et organisation des activités physiques ou sportives avec mention activités aquatiques et surveillance donnant l'unité d'enseignement sauvetage et sécurité en milieu aquatique
- o Licence générale entraînement sportif avec mention activités aquatiques et surveillance donnant l'unité d'enseignement sauvetage et sécurité en milieu aquatique

- Les titulaires du brevet national de sécurité et de sauvetage aquatique (BNSSA)

- Les détenteurs des diplômes suivants :

- o BEES option canoë-kayak et disciplines associées
- o BEES option voile
- o BEES option surf
- o BPJEPS spécialité activités nautiques avec mention canoë-kayak et disciplines associées, ou voile, ou surf
- o BPJEPS spécialité activités nautiques avec l'UCC canoë-kayak ou planche à voile
- o DEJEPS spécialité perfectionnement sportif avec CS canoë-kayak et disciplines associées en mer ou CS natation en eau libre ou CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique
- o DESJEPS spécialité performance sportive mention canoë-kayak et disciplines associées en eau vive
- o DESJEPS spécialité performance sportive mention natation course et CS natation en eau libre ou CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique
- o DESJEPS spécialité performance sportive mention natation synchronisée avec CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique
- o DESJEPS spécialité performance sportive mention water-polo avec CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique
- o DESJEPS spécialité performance sportive mention plongeon avec CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique

Test admis en équivalence :

L'attestation de réussite au test commun des fédérations ayant la natation en partage : test « sauv' nage ».

CERTIFICAT MEDICAL
(OBLIGATOIRE POUR TOUS)

Je soussigné Docteur _____,
certifie avoir examiné ce jour, le (la) jeune_____.

Il (elle) est apte à pratiquer des activités sportives (VTT, course, canyoning, canoé, spéléologie) lors d'un camp de 5 jours.

Il (elle) ne présente pas de maladies contagieuses.

Fait pour valoir ce que de droit et remis en main propre.

Fait à _____, le _____.

Cachet :

Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2018

le / / Objet : Accueil jeunes
Camp

1. JEUNE :

Nom : _____ Date de naissance : / /
 Prénom : _____ Sexe : ☐ M ☐ F
 Adresse : _____
 Code Postal/Commune : _____
 N° téléphone du jeune : _____ Mail du jeune : _____
 N° allocataire CAF : _____ Quotient Familial : _____

INFORMATIONS SUPPLEMENTAIRES :

- La structure est-elle autorisée à utiliser les images du jeune pour son site internet et les réseaux sociaux ?

☐ OUI ☐ NON
- La structure est-elle autorisée à utiliser les images du jeune SAUF sur internet ?

☐ OUI ☐ NON
- Votre enfant sait-il nager ? ☐ OUI ☐ NON

2. RESPONSABLE(S) DU JEUNE :

PERE / TUTEUR

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse (*): _____
 CP/Commune : _____
 Tél fixe domicile : _____
 Portable : _____
 Bureau : _____
 Mail : _____

(*) Pendant le séjour / Si différente de celle du jeune

MERE / TUTRICE

Nom : _____
 Prénom : _____
 Adresse (*): _____
 CP/Commune : _____
 Tél fixe domicile : _____
 Portable : _____
 Bureau : _____
 Mail : _____

(*) Pendant le séjour / Si différente de celle du jeune

Nom et N° tél du médecin traitant (facultatif) :

Personne(s) autorisées(s) à récupérer le jeune en fin de journée (Nom/Prénom/n° tél) :

3. VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) **Sinon mettre une photocopie du carnet de santé...**

Vaccinations obligatoires	NOM	Dates des derniers rappels	Vaccinations recommandées	NOM	Dates des derniers rappels
Diphtérie			Hépatite B		
Tétanos			Rubéole- Oreillons- Rougeole		
Poliomyélite			Coqueluche		
ou DT polio Autres (préciser)					
ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

4. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? ☐ OUI ☐ NON

*> Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants
(boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.*

- L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

VARICELLE ☐ OUI ☐ NON
ANGINE ☐ OUI ☐ NON
RUBÉOLE ☐ OUI ☐ NON
SCARLATINE ☐ OUI ☐ NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ ☐ OUI ☐ NON
COQUELUCHE OTITE ROUGEOLE OREILLONS
☐ OUI ☐ NON

ALLERGIES : ASTHME ☐ OUI ☐ NON
MÉDICAMENTEUSES ☐ OUI ☐ NON
ALIMENTAIRES ☐ OUI ☐ NON

AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

5. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

REPAS SPECIAUX : ☐ SANS PORC ☐ VEGETARIEN ☐ SANS VIANDES ☐ AUTRES :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... (Précisez)

Je soussigné, *responsable légal de l'enfant, déclare exacts*
les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes
mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :