

DOSSIER D'INSCRIPTION

MON PASS' SPORTS Vacances

POUR LES JEUNES
de 9 à 16 ans





FICHE ENFANT

ENFANT

Nom : Prénom :
Age : Sexe :
Etablissement scolaire et classe :
Nationalité :
Né(e) le : Numéro de Sécurité Sociale :



FAMILLE

Nom : Téléphone 1 :
Adresse : Téléphone 2 :
e-mail :
Régime :
Secteur : Assurance :
Situation familiale : N° de police :

PÈRE

Nom :
Adresse :
Né le : À :
Nationalité :
Téléphone 1 :
Téléphone 2 :
e-mail :
Mobile :
N° Sécurité Sociale :
N° Allocataire CAF :
Profession :
Nom et Adresse de l'employeur

MÈRE

Nom :
Adresse :
Née le : À :
Nationalité :
Téléphone 1 :
Téléphone 2 :
e-mail :
Mobile :
N° Sécurité Sociale :
N° Allocataire CAF :
Profession :
Nom et Adresse de l'employeur

Téléphone professionnel :
Autorité parentale : OUI NON

Téléphone professionnel :
Autorité parentale : OUI NON



FICHE ENFANT

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone 1 : Téléphone 2 :
Lien de famille :

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone 1 : Téléphone 2 :
Lien de famille :

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone 1 : Téléphone 2 :
Lien de famille :

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone 1 : Téléphone 2 :
Lien de famille :

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone 1 : Téléphone 2 :
Lien de famille :

INSCRIPTION

J'inscris mon (mes) enfant(s) à la semaine Pass'Sports Vacances ou au séjour suivant :

Date : Activités :
Date : Activités :



Enfant :
Père :
Mère :

AUTORISATIONS AUX SOINS

(Rayer les mentions non autorisées)

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Autorise(nt) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

Décharge(nt) la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

Autorise(nt) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes mentionnées ci-dessus devant être prévenues dans les plus brefs délais.

Demande(nt) au personnel de la structure :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer, sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance
- En cas de fièvre, d'administrer, sous ma responsabilité, les antipyrétiques, selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité
- D'administrer des granules ou crèmes homéopathiques en cas de chutes.

Certifie(nt) n'avoir rajouté aucune substances aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

A : Le :

Mention « lu et approuvé »
Signature des parents

AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER

(Rayer les mentions non autorisées)

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Autorisent que mon (notre) enfant soit filmé et / ou photographié à des fins d'utilisation par :

- La structure elle-même (journal interne,...)
- Le service communication de la ville ou de la communauté de communes
- La presse
- Le site internet et la page Facebook de la CdC
- Les stagiaires, dans le cadre de leur rapport de stage

S'engagent à n'utiliser les photos ou films qui leur seront transmis que dans le cadre familial.

A : Le :

Mention « lu et approuvé »
Signature des parents



Enfant :
Père :
Mère :

AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CAFPRO

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Autorise(nt) la direction a consulté mon/notre dossier allocations CAFPRO afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

A : Le :

Mention « lu et approuvé »
Signature des parents

AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Autorise(nt) mon/notre enfant à participer aux sorties organisées par la structure et à effectuer les trajets liés à l'activité Pass'Sports Vacances dans les véhicules appartenant à la Communauté de Communes.

A : Le :

Mention « lu et approuvé »
Signature des parents

AUTORISATION DE TRANSPORT EN COMMUN

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Autorise(nt) mon/notre enfant à prendre un moyen de transport en commun si une activité le nécessite.

A : Le :

Mention « lu et approuvé »
Signature des parents



CONDITIONS DE DÉPART DE L'ENFANT

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Autorise(nt) les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon/notre enfant à la structure sur présentation de leur pièce d'identité.

PERSONNES AUTORISÉES

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Lien de famille :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Lien de famille :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Lien de famille :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Lien de famille :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Lien de famille :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Lien de famille :

A : Le :

Mention « lu et approuvé »
Signature des parents

RÈGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Certifie(nt) avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous engageons à en respecter toutes les clauses.

A : Le :

Mention « lu et approuvé »
Signature des parents



RÈGLEMENT DE VIE DE LA SEMAINE

Tu t'apprêtes à participer à une semaine d'activités sportives avec la Communauté de Communes Aunis Atlantique. Cette semaine est, avant tout, une semaine dédiée aux joies du sport. La bonne humeur, le dynamisme et le respect de chacun seront les objectifs de tous.

Cependant, l'équipe d'animation instaure un règlement de vie qui concerne tous les participants. Les règles établies ci-dessous seront non négociables.

Règle n°1 : la vie en collectivité

- Nous pratiquons des activités dans des espaces publics. Il convient donc de respecter toutes les personnes présentes et leur tranquillité et aussi le personnel de l'établissement (agents techniques, femmes de ménage...)
- Les moments des repas sont des temps calmes ou chacun mange à sa vitesse, il convient donc de rester à table ou sur le site du pique-nique jusqu'à la fin du repas.
- Le respect des autres jeunes et des éducateurs, le respect du matériel, la politesse et l'emploi d'un langage correct sans insultes ou violence sont des principes fondamentaux.

Règle n°2 : hygiène de vie

- Aucun jeune ne sera autorisé à consommer ou acheter de l'alcool ou du tabac.
- La consommation de stupéfiants est évidemment INTERDITE. La découverte de drogue, sa consommation engendrera le retour immédiat de l'enfant chez lui aux frais des parents.
- La mixité dans les vestiaires ou toilettes n'est pas autorisé.

Règle n°5 : les objets personnels

Nous déconseillons aux jeunes d'emmener tout objet de valeur (téléphone portable, mp3, consoles portables, ou autres objets de valeur tels des bijoux).

En cas de perte ou de vol de ces objets, la collectivité se dégage de toute responsabilité.

Signature des parents

Signature du jeune





CERTIFICAT MÉDICAL

Cachet du médecin :

Lieu, date :

Certificat médical de non-contre-indication à la pratique de différents sports pendant les vacances.

Je soussigné Docteur :

Certifie avoir consulté ce jour (enfant) :

Son état de santé ne présente aucune contre-indication à la pratique du sport notamment en pleine nature et en mer, pour des activités sportives telles que (préciser les activités suivant la semaine choisie) :

.....

Certificat médical établi à la demande de l'intéressé et remis en main propre.

Signature :

Article L231-3 du code du sport :

Ce certificat médical est valable 1 an.

Sa photocopie peut être fournie pour la participation aux épreuves sportives.



SERVICE
DES SPORTS



<h2>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	1 - ENFANT
	NOM :
	PRÉNOM :
	DATE DE NAISSANCE : GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autres (préciser)	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

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

3 - 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 ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				

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)