

Document nécessaire pour toutes les animations :
Pass Jeunesse, Raid Rhénan, Séjour dans le Verdon et le Séjour en Bretagne.
Il n'est pas nécessaire de le repasser si vous avez déjà donné l'attestation aux animateurs.

ATTESTATION de RÉUSSITE

Au test préalable à la pratique des activités aquatiques et nautiques (canoë-kayak et disciplines associées, descente de canyon, ski nautique et voile) en Accueils Collectifs de Mineurs.



Je soussigné(e) :

NOM : _____ Prénom : _____

titulaire du diplôme :

- Titre de Maître Nageur Sauveteur (MNS)
- Brevet d'Etat d'Educateur Sportif pour l'activité (BEESAN)
- Brevet National de Sécurité et de Sauvetage Aquatique (BNSSA)
- Représentant les autorités de l'Education Nationale dans le cadre scolaire

dont le numéro est : _____ délivré le : ____/____/____

Atteste que l'enfant :

NOM : _____ Prénom : _____

né(e) le : ____/____/____ à : _____

possède la capacité à sauter dans l'eau, réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes, nager sur le ventre (pendant 20m), franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou objet flottant

Test défini à l'arrêté annoncé par le décret n° 2011-16 du 20 septembre 2011 et paru au Journal officiel du 10 mai 2012 relatif aux Activités physiques en ACM daté du 25 avril 2012.

le test a été réalisé le : ____/____/____ avec brassière sans brassière*

au centre nautique au plan d'eau de : _____

Fait à : _____ le : ____/____/____

Signature et tampon :

* Pour une attestation à la pratique d'activité en canyon, aqua rando... le test s'effectue sans brassière.

INSCRIPTION – été 2017

Inscription à déposer ou à envoyer, accompagnée du règlement (chèques/espèces):
⇒ À **Roeschwoog** à l'Animation Jeunesse
⇒ À **Drusenheim** à la Communauté de Communes du Pays Rhénan 32 rue du Général De Gaulle.

Nom (du jeune) : Prénom : né(e) le :

Tél : Email :

Pass'jeunesse

Inscription à la semaine complète, avec un accueil à la journée (8h30-17h30)

Semaine du 17/07 au 21/07 (5 jours)

QF 1 : 70 € QF 2 : 75 € QF 3 : 80 € QF 4 : 85 €

Semaine du 24/07 au 28/07 (5 jours)

QF 1 : 70 € QF 2 : 75 € QF 3 : 80 € QF 4 : 85 €

Semaine du 31/07 au 04/08 (5 jours)

QF 1 : 70 € QF 2 : 75 € QF 3 : 80 € QF 4 : 85 €

Au retour de l'activité, si je ne suis pas présent(e) pour prendre en charge mon enfant, je décharge l'organisateur de sa responsabilité et j'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile après qu'il ait été déposé à l'endroit défini au préalable.

Séjour dans le Verdon du 25/07 au 03/08

QF 1 : 430 € QF 2 : 470 € QF 3 : 510 € QF 4 : 550 €

Acompte de 100 € à régler lors de l'inscription.

Séjour en Bretagne du 08/08 au 17/08

QF 1 : 430 € QF 2 : 470 € QF 3 : 510 € QF 4 : 550 €

Acompte de 100 € à régler lors de l'inscription.

Raid'Rhénan du 11/07 au 13/07

QF 1 : 55 € QF 2 : 60 € QF 3 : 65 € QF 4 : 70 €

Ci-joint le règlement de : _____ € (les chèques sont à libeller à l'ordre de la FDMJC Alsace)

Fait le, à

Certifié exact

Signature des parents :

AUTORISATION PARENTALE

- INFORMATIONS À COMPLETER OBLIGATOIREMENT -

Le responsable Père Mère Tuteur


NOM, Prénom du responsable :

Adresse :

Code postal : Ville

Tél. (domicile) Tél. (portable)

Email :

Régime général ou local :  Ou Régime spécial :
 MSA, précisez n° :
 Travailleur frontalier :
 France
 Autre :

N° d'allocataire CAF (7 chiffres) :

--	--	--	--	--	--	--	--

Merci de préciser :

Employeur du parent 1 (ou tuteur) :

Employeur du parent 2 :

J'autorise le responsable à prendre toutes les dispositions qu'il jugerait utiles en cas d'accident ou de malaise survenu à mon enfant. Je demande à être prévenu dans les plus brefs délais. Les frais de transport ou d'hospitalisation de mon enfant seront à ma charge. Au retour de l'activité, si je ne suis pas présent(e) pour prendre en charge mon enfant, je décharge l'organisateur de sa responsabilité et j'autorise mon enfant à rentrer seul à son domicile après qu'il ait été déposé à l'endroit définit au préalable. J'autorise que mon enfant soit filmé/photographié dans le cadre de ces activités. Ces films/photos pourront être utilisés pour des publications de la FDMJC d'ALSACE et la collectivité (papier, réseaux sociaux, site internet) sans limitation de durée. Si je refuse, je le signale par écrit à l'animateur responsable

Les informations recueillies sont nécessaires pour votre inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association, et organismes financeurs bas-rhinois (CAF, Conseil Départemental, etc...). En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser à la structure (périscolaire ou animation jeunesse) dont vous dépendez.

Fait le, à

Certifié exact

Signature des parents :

MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE de LIAISON

Enfant :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Enfance Jeunesse. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

1- VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication

2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :

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 ALLERGIES ET LES MALADIES SUIVANTES ?

ALLERGIES :
 ASTHME oui non
 ALIMENTAIRES oui non
 MÉDICAMENTEUSES oui non
 AUTRES (animaux, plantes, pollen) oui non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les **signes évocateurs** et la **conduite à tenir (si automédication le signaler)**.

Le mineur présente-t-il un **problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales** (informations sous pli cacheté), des **précautions à prendre** et des **éventuels soins à apporter** ? oui non

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

Rubéole		Varicelle		Angine		Rhumatisme Articulaire aigu		Scarlatine	
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"/>	Non <input type="checkbox"/>
Coqueluche		Otite		Rougeole		Oreillons			
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"/>		

3- RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne :

4- RESPONSABLE DU MINEUR :

NOM : PRENOM :
 TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL : TEL PORTABLE :

NOM et TEL du MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

N° Sécurité Sociale (dont dépend l'enfant) : (Obligatoire)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature du responsable légal :