



SÉJOUR EAUX VIVES 2021

Dates du séjour : du lundi 12 au vendredi 16 juillet 2021

Lieu d'hébergement : Centre de Vacances Le Choucas 28 Carrère Poque 65240 GUCHEN

Tel : 05.62.39.95.45

Mode d'hébergement : en dur, centre de vacances.

Public concerné : de 11 à 17 ans (les enfants seront répartis par affinité et par âge, pas de mixité).

Nombre d'enfants : 24 places

Programme :

- Journée Canyon
- Trottinette de Montagne (TROTT')
- Rafting
- Balnéa
- Biathlon
- Parcours Aventures (Accrobranche dans un canyon)

Activités encadrées par des professionnels de la montagne et organisées par l'office des sports de montagne de Saint-LARY.

Équipe d'encadrement :

1 Directrice et 2 animatrices diplômées.

Les activités seront encadrées par une équipe d'animatrices diplômées et des guides professionnels.

Les objectifs éducatifs :

- éducation au « vivre ensemble
- découverte d'un milieu naturel
- respect de l'environnement

Pour avoir des nouvelles sur le déroulement du séjour, un numéro fil vert sera mis à disposition.

Moyens de transport : Minibus de la CCGA

La restauration : le matin, midi et soir, elle sera assurée par le prestataire de l'hébergement sauf le pique-nique du premier jour (lundi 12 juillet) à prévoir par les familles.

**Inscription et dossier complet à fournir impérativement avant le
11/06/2021**

- Fiche sanitaire de liaison (CERFA) ci-jointe
- Fiche de renseignements ci-jointe
- Photocopie de la carte CAF avec numéro allocataire ou avis d'imposition sur les revenus 2019.
- Certificat médical de non contre-indication pour les activités de montagne.
- Attestation d'assurance (Responsabilité civile et activités **extra scolaires**) **vérifier les garanties pour les activités en montagne.**
- Photocopie de la carte vitale
- Attestation de natation ou d'autorisation parentale de natation
- Photocopie de la carte d'identité et fournir l'originale le jour du départ.
- Tour de tête (casque) :cm/ Poids :.....kg/Taille.....cm/ Pointure :.....

**Tous les documents et renseignements demandés sont obligatoires.
Les photocopies doivent être lisibles.**

La réception du dossier ne vaut pas validation d'inscription au séjour*. Après étude de votre dossier par la commission, l'inscription définitive de votre enfant vous sera confirmée par courrier ou par mail entre le 16 et le 23 juin 2021.

***Rappel des critères de validation du dossier :**

- **Age**
- **Le territoire**
- **Nombre de participation aux séjours de la CCGA**

FICHE D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE

Nom : Prénom :
Né(e) le |__|_|_|_|_|_| âge |__|_| à : Dépt :
Sexe : F M

N° téléphone portable du jeune :

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : |__|_|_|_|_| Ville :
Adresse mail :@.....
tél. |__|_|_|_|_|_| tél. port mère |__|_|_|_|_|_| tél. port père |__|_|_|_|_|_|
Tel pro. de la mère |__|_|_|_|_|_| Tel pro. du père |__|_|_|_|_|_|
Autre : adresse, tél., fax, e-mail (en cas de vacances, déménagements)
.....
.....

Pour la période du 22 au 26 février 2021

Situation de famille : Marié(e) Vie maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve) Célibataire

Avez-vous l'autorité parentale ? : OUI NON

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents) pendant le séjour : M./Mme.....
tél. : Lien de parenté avec l'enfant :

AUTORISATION

Mention obligatoire. Merci de cocher les cases pour en accepter les termes et valider l'inscription de votre enfant.

En cas d'urgence, j'autorise le directeur du centre à prendre toute décision utile suivant avis du médecin, concernant un traitement, une hospitalisation ou une opération.

Je prends note que des films et des photos de mon enfant seront réalisés durant le séjour et que ces derniers pourront être utilisés à des fins non commerciales (promotion du séjour : Affiche, Radio, Page Facebook de la CCGA, Presse ou communication aux familles), je ne pourrai prétendre à aucune rétribution monétaire ou en nature pour le droit à l'image de mon enfant.

J'autorise mon enfant à pratiquer les activités prévues lors du séjour.

Je soussigné(e), responsable légal du mineur susnommé, déclare avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de participation et d'inscription au séjour, les accepte et m'engage à acquitter l'intégralité de ma participation aux frais de celui-ci à réception de la facture.

Date et signature du représentant légal.

LISTE DES AFFAIRES

- Duvet
- Taie d'oreiller
- Pyjama
- Chaussons (obligatoire)
- Serviette de toilette
- Sac à dos
- Tee-shirts
- Sous-vêtements
- Paires de chaussettes (2 par jour)
- Sweats
- Pulls
- Pantalons jeans et/ou jogging
- Vieilles Baskets pouvant aller dans l'eau
- Lampe de poche
- Affaires de toilettes
- Gourde
- Lunettes de soleil
- Crème solaire haute protection (impératif)
- Baume à lèvres
- Maillot de bain (slip de bain obligatoire pour les garçons)

**AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNE DURANT LE SÉJOUR SAUF
PRESCRIPTION MÉDICALE**



ATTESTATION PARENTALE DE NATATION

Je soussigné(e), Nom : Prénom

.....

(1) Père, Mère, Tuteur légal de l'enfant :

Nom : Prénom

.....

Autorise d'une part, l'enfant précité à participer aux animations aquatiques et terrestres dans le cadre des activités mises en place par le service animation jeunesse.

J'atteste d'autre part, que l'enfant précité est apte à s'immerger, puis à nager au moins 25 mètres sans reprendre pied.

Je déclare prendre connaissance des conditions générales du déroulement des activités proposées par le service animation jeunesse et m'assurer que l'enfant précité fait de même, avec mon aide si nécessaire.

Fait à :le.....

Signature du représentant légal, précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

(1) *rayer la mention inutile*



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GARÇON

FILLE

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	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
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

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....