

VILLE DE CHALETTE SUR LOING

# SEJOUR SPORTIF

L'Escalusse - Le Village - 09140 Ercé - Ariège

6<sup>ème</sup>/5<sup>ème</sup>/4<sup>ème</sup>/3<sup>ème</sup>

**VENDREDI 16 AOUT  
AU JEUDI 22 AOUT 2019**

**12 Places**

**ORGANISE PAR LE SERVICE DES SPORTS**

**LES ACTIVITES SPORTIVES SONT ENCADREES  
PAR DES EDUCATEURS DIPLOMES**

**POUR TOUS RENSEIGNEMENTS SUR LE SEJOUR  
LE CONTACT EST LE SUIVANT :**

**EDUCATEUR SPORTIF JEAN PIERRE 06 79 26 27 53**

**DOCUMENT A CONSERVER**

**IMPORTANT** DATE BUTOIR

**POUR RENDRE SON DOSSIER D'INSCRIPTION COMPLET ET REGLER :**

**LUNDI 5 AOUT 2019**

**(Obligatoire pour participer au stage)**

**DEPOT DES DOSSIERS COMPLETS AU SERVICE SCOLAIRE**

**!!! UNE REUNION D'INFORMATION !!!**

Pour le jeune et ses parents est programmée  
pour répondre aux différentes questions de chacun avant la semaine.

**LUNDI 12 AOUT 2019 A 18H30**

à la maison des Associations  
rue Claude Debussy – au bureau des éducateurs

**Pour tous renseignements contacter au  
06 79 26 27 53 Jean Pierre.**

# DOCUMENT A RENDRE

## REGLEMENT DU STAGE

Le séjour vise les enfants scolarisés en 6<sup>ème</sup> / 5<sup>ème</sup> / 4<sup>ème</sup> / 3<sup>ème</sup>

L'enfant doit demeurer sur la commune de Chalette sur Loing.

L'enfant doit être scolarisé sur Chalette sur Loing au collège dans l'année en cours.

Il est évident que cette semaine doit rester dans un esprit de loisirs et de vacances pour tous, Pour cela, il est impératif de comprendre et de s'engager à respecter :

1 – La réglementation stricte des différentes activités sportives ou de loisirs prévues sur cette semaine, qui garantit la sécurité de chacun. Celle-ci vous sera expliquée par le professionnel ou vos éducateurs sportifs.

2 – La vie en collectivité (**respect des autres et des lieux**, investissement pour le bien être...) Un engagement personnel de chaque enfant sur les différentes tâches à effectuer est indispensable. Nous déterminerons ensemble les différentes règles de vie.

## IMPORTANT

**Le non-respect des consignes de sécurité et des différents règlements feront l'objet d'avertissements.**

**Dans le cas où ces derniers s'avèreraient inutiles, une exclusion immédiate du stage serait faite, sans prétendre à un quelconque remboursement.**

**Par ailleurs, tous les objets de valeurs (bijou, baladeur, téléphone portable, MP3, argent ...) sont sous la responsabilité du participant. En cas de perte, la ville de Chalette sur Loing et l'équipe d'encadrement ne pourront être tenue pour responsables.**

*Date et Signature de l'enfant*

*Date et Signature des parents*

## DOCUMENT A RENDRE

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT

### RENSEIGNEMENTS CIVILS SUR LE PARTICIPANT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLETE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTALE : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CIVILS SUR LE RESPONSABLE LEGAL

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLETE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTALE : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable : _____	Domicile : _____
Téléphone Professionnel : _____ / _____	

**Important votre adresse e-mail :**

### PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE COMPLETE : \_\_\_\_\_

VILLE : \_\_\_\_\_ CODE POSTALE : \_\_\_\_\_

Téléphone Portable : _____	Domicile : _____
Téléphone Professionnel : _____ / _____	

### AUTRES RENSEIGNEMENTS

De quel régime dépendez-vous ?

* C.A.F ?	<input type="checkbox"/>	Mentionner le n° allocataire :	<input type="text"/>
* Autre ?	<input type="checkbox"/>	Préciser le nom de la caisse :	<input type="text"/>

Pour les familles non-allocataires de la C.A.F., nom et adresse de l'employeur :

- \* de Monsieur : \_\_\_\_\_
- de Madame : \_\_\_\_\_

# DOCUMENT A RENDRE

## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) M<sup>R</sup>. M<sup>me</sup> .....

responsable légal de l'enfant .....

L'autorise à participer au stage sportif, organisé par le service des sports de la ville de Chalette sur Loing, à L'Escalusse - Le Village - 09140 Ercé - Ariège

**DU VENDREDI 16 AOUT AU JEUDI 22 AOUT 2019**

J'autorise également mon enfant à être photographié durant la semaine du stage multisports.

OUI  NON

J'autorise également les responsables des activités et l'équipe d'encadrement à prendre les mesures nécessaires sur mon enfant, en cas de blessure ou d'incident.

OUI  NON

## POUR LES TRANSPORTS EN MINIBUS

Je soussigné(e) M. Mme .....

responsable légal de l'enfant .....

autorise les différents responsables à véhiculer mon enfant sur l'ensemble de la semaine :

**Il est indispensable de vous assurer que l'une des personnes encadrant le stage est bien présente sur le lieu du départ le vendredi 16 août 2019 avant de laisser votre enfant, notre responsabilité ne pouvant être engagée.**

*Date et Signature du responsable légal de l'enfant*

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Quel type d'activités sportives pratique votre enfant ? : \_\_\_\_\_

Taille de votre enfant :

Poids de votre enfant :

Est-ce que votre enfant à déjà participer à une semaine dans un centre, son école ou autre ?

---

---

**AVEZ-VOUS DES RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES A NOUS DONNER ?**

---

---

---

---

---

---

---

---

# DOCUMENTS A REMETTRE OU A FOURNIR

- ❑ **certificat médical**, uniquement en cas de traitement médical ou prescription particulière.
  
  - ❑ fiche sanitaire (jointe au dossier d'inscription et à remplir dans son entier, ainsi que les photocopies du carnet de santé).
  
  - ❑ fiche de renseignements sur l'enfant.
  
  - ❑ autorisation parentale (jointe au dossier d'inscription).
  
  - ❑ autorisation de transport en minibus et les renseignements complémentaires (jointe au dossier d'inscription).
  
  - ❑ attestation d'assurance "**responsabilité civile**".
  
  - ❑ un chèque du montant correspondant à votre quotient familial, libellé à l'ordre du **trésor public**.
  
  - ❑ bon aide aux temps libre de la CAF
  
  - ❑ pour le numéro CAF, si vous ne dépendez pas de cet organisme, emmenez votre avis d'imposition 2017 ou si vous avez reçu 2018.
  
  - ❑ Photocopie de la carte Nationale d'identité (recto-verso) ou photocopie du livret de famille.
  
  - ❑ **TEST LEGIFRANCE attestation de natation feuille ci-jointe**,  
(sauf si celle-ci a été remise lors d'un séjour précédent).
- 

## Départ vendredi 16 août 2019

### **Rendez-vous à la Maison des Associations de Chalette/Loing à 7h45**

- 8h00 – Départ vers Ercé 09140 - Ariège

## Retour jeudi 22 août 2019

- 9h00 – Départ vers Chalette 45120

### **Retour prévisionnel vers 19h00, à la Maison des Associations de Chalette/Loing**

## ATTESTATION DE NATATION

### A LA PRATIQUE DES ACTIVITES NAUTIQUE ET EAU VIVES

Rappel : arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R227-13 du code de l'action sociale et des familles.

**Parti à remplir par le maître-nageur :**

Nom du lieu pour le passage du test : \_\_\_\_\_

Nom du maître-nageur : \_\_\_\_\_

Numéro du diplôme du maître-nageur : N° \_\_\_\_\_

**Parti attestant de l'aptitude du mineur à :**

N°	LES EPREUVES A REALISER	REUSSI	NON REUSSI
1	Effectuer un saut dans l'eau		
2	Réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes		
3	Réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes		
4	Nager sur le ventre pendant vingt mètres		
5	Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant		

*Le test peut être réalisé en piscine ou en milieu naturel et ne peut être validé que si les 5 épreuves sont réussies.*

Signature du maître-nageur

Date et cachet :

Nom et prénom du mineur: \_\_\_\_\_ date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom et prénom du responsable : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_ Port : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_





# 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			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> 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 OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	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)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**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**

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