



INFORMATIONS SUR LES SEJOURS ADOS 2019

Séjour bateau (gestion et conduite des bateaux par un pilote diplômé)

Pour les 11-13 ans du 29 juillet au 3 août 2019 – nombre de places : 18

Descente de la Nièvre pendant toute la semaine (canal du nivernais au sud d'Auxerre), passage d'écluse. Les activités seront variées : escalade, kayak, baignade, balade en vélo, découverte de la nature, soirée feu de camp, observation des oiseaux, des étoiles.

Les repas et la vie quotidienne se feront sur les bateaux. Les animateurs et les jeunes assureront la gestion des repas et de la vie quotidienne.

L'hébergement se fera sur les bateaux, les chambres ne seront pas mixtes.

Séjour camping

Pour les 13-15 ans du 19 au 24 août 2019 – nombre de places : 24

Installer sur le camping du lac de Saint Cyr (86) au nord de Poitiers.

Les activités : baignade, kayak/paddle, activités sportives, visites culturelles, découverte de la nature, veillées, une journée au Futuroscope.

Les repas et la vie quotidienne se feront sur le camp, tentes marabouts pour la cuisine et les activités. Les animateurs et les jeunes assureront la gestion des repas et de la vie quotidienne.

L'hébergement se fera sous tentes (tentes fournies par le service Jeunesse), aucune mixité dans les tentes.

IMPORTANT

Le test d'aisance aquatique est OBLIGATOIRE pour les deux séjours.

En effet, il est impossible pour un jeune de venir, alors qu'il y aura tous les jours des activités aquatiques et/ou nautiques, s'il ne sait pas nager ni n'est à l'aise dans l'eau.

INSCRIPTIONS

Lancement des inscriptions : le vendredi 24 mai 2019

3 permanences d'inscription : de 18h30 à 20h, à l'Espace Jeunes de Malesherbes, à l'Espace Jeunes de Puisseaux et au siège de la CCPG à Beaune-la-Rolande

Inscription ensuite par mail à sejours@pithiveraisgatinais.fr

Jusqu'au 29 mai 2019

La demande d'inscription devra être obligatoirement faite en présence d'un adulte.

Le dossier devra être dûment signé et accompagné des pièces demandées.

Votre inscription sera définitive après règlement du séjour.





DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Séjours ados

Séjour du _____ au _____

Photo du jeune

Dossier à retourner par mail : sejours@pithiveraisgatinais.fr

JEUNE

Nom et prénom du jeune :	
Date de naissance :	Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
☎ Portable jeune :	
Régime alimentaire particulier <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, précisez :	
Le jeune sait-il nager ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui LE TEST D'AISANCE AQUATIQUE EST OBLIGATOIRE.	
Le jeune suit-il un traitement médical ? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, joindre une copie de l'ordonnance	

RESPONSABLES LEGAUX DU JEUNE

	Responsable 1	Responsable 2
	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> famille d'accueil <input type="checkbox"/> autre : _____	<input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> famille d'accueil <input type="checkbox"/> autre : _____
Nom		
Prénom		
Adresse		
Lieu-dit		
Code Postal - Ville		
☎ Domicile		
☎ Portable		
☎ Professionnel		
✉ Courriel		
N° de Sécurité Sociale Adresse de la CPAM		

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Remarques : _____

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Remarques : _____

AUTORISATIONS

Je soussigné (e)

Madame / Monsieur _____

Certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts et seront remis à jour le cas échéant, sur présentation des justificatifs correspondants,

Accepte que ces données fassent l'objet d'un traitement,

Autorise le directeur du séjour à faire pratiquer en cas d'urgence sur mon enfant tout examen médical ainsi que toute intervention chirurgicale,

Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées dans le cadre de ce séjour,

Autorise les équipes à photographier ou filmer mon enfant au cours du séjour et utiliser ces documents pour expositions, diaporamas, site internet ou tout autre document relatif aux activités de la CCPG.

oui

non

Autorise les équipes à photographier ou filmer mon enfant au cours du séjour et utiliser ces documents sur les réseaux sociaux (Articles sur Facebook)

oui

non

"Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'inscription de votre/vos enfant(s) aux différents services. Le destinataire des données est : le personnel des services concernés. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à l'autorité compétente du service concerné. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.»

Date : _____



Signature des responsables légaux :

Cadre réservé à l'administration

Dossier enregistré le : _____ Heure : _____ Par : _____



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

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
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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"/>	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"/>	

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
