



Cadre réservé à la Base de Plein Air :

- Règlement ☐
- Dossier d'inscription ☐
- Fiche sanitaire / médicaments ☐
- Attestation de natation ☐
- Informations et retour de l'enfant ☐
- Fiche informations équitation ☐
- Compléments info. PEC ☐
- Autorisation parentale..... ☐

• **Type de séjour** : Multisports

• **Semaine 34 du samedi 18 au samedi 25 août 2018**

Les séjours se déroulent du samedi à 15 heures au samedi à 14 heures, en pension complète.

Pré-inscription validée à réception de l'ensemble des documents notés ci-dessus (cadre réservé à la Base de Plein Air) ainsi que le règlement. Une commission SRIAS aura lieu le 29 mai pour valider les inscriptions.

Participant

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **Age :**

Numéro de sécurité sociale dont dépend l'enfant (obligatoire)

Age Group	Percentage
18-24	10%
25-34	20%
35-44	25%
45-54	20%
55-64	15%
65-74	10%
75-84	5%
85+	5%

Nom et adresse de la Caisse d'Assurance Sociale

Responsable légal de l'enfant

▪ **PERE : Nom :** **Prénom :**

Adresse :

.....
.....

Profession :

Téléphone :

Domicile : Portable : Professionnel :

Mail :

▪ **MERE : Nom :** **Prénom :**

Adresse :

.....
.....

Profession :

Téléphone :

Domicile : Portable : Professionnel :

Mail :

Autres personnes à contacter :

Nom – Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Nom – Prénom :

Lien de parenté :

Téléphone :

Fiche sanitaire (Base Départementale de Plein Air de Guerlédan)

- Nom du Médecin traitant : 
 - Vaccinations : Diphtérie Tétanos Poliomyélite (DTP) – obligatoire – fournir une copie du carnet de santé
 - Date du dernier rappel :/...../.....
 - Allergies : Oui ☐ Non ☐
Si oui à quoi :
 - L'enfant est-il énurétique ? Oui ☐ Non ☐
 - S'il s'agit d'une fille est-elle réglée ? Oui ☐ Non ☐
 - L'enfant est-il asthmatique ? Oui ☐ Non ☐
 - L'enfant suit-il un traitement ? Oui ☐ Non ☐
 - Lequel :
- Joindre une ordonnance et/ou PAI le cas échéant**

Autres difficultés de santé :

Indiquer ci – après les difficultés de santé et le type de handicaps de votre enfant (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les risques et précautions à prendre :

Afin de répondre aux demandes d'éléments de notre partenaire CAF, merci d'indiquer si votre jeune :

A un dossier MDPH en cours ?

S'il est accompagné par un AVS ?

Par quelle structure est-il suivi (IME, SESSAD...) ?

Pour une coordination des actions et dans l'intérêt de votre jeune, autorisez-vous l'équipe pédagogique de la Base Départementale de Plein Air de Guerlédan à prendre contact avec les professionnels qui le suivent ? OUI NON

Dans ce cas, merci d'indiquer leurs coordonnées :

Nom : Fonction : Tél :

Nom : Fonction : Tél :

Autres renseignements, recommandations que vous jugez utile de porter à notre connaissance (Régime particulier, Antécédents médicaux.... :

Je soussigné(e) autorise les responsables à effectuer tout déplacement nécessaire pour le bien de (Nom, Prénom)

J'autorise également les responsables à faire pratiquer toutes les interventions médicales ou chirurgicales ainsi que l'anesthésie générale, si nécessaire, sur l'enfant (Nom, Prénom)

.....

A , le

Lu et Approuvé

Signature

Autorisation d'utilisation de produits médicamenteux

Je soussigné..... responsable légal de
l'enfant.....autorise le personnel de la Base de plein air à utiliser les
produits suivants en cas de besoin :

	OUI	NON
• Utilisation de la liste complète des produits médicamenteux	☐	☐
• Sérum physiologique en doses unitaires pour nettoyer les yeux, le nez....	☐	☐
• Antiseptique incolore en doses unitaires pour désinfecter une plaie	☐	☐
• Crème contre les ecchymoses type arnica ou Hémoclar	☐	☐
• Arnica sous forme de granules homéopathiques	☐	☐
• Crème solaire haute protection	☐	☐
• Shampoing anti-poux	☐	☐
• Crème contre les brûlures du type Biafine	☐	☐
• Crème antihistaminique locale contre les réactions allergiques type Parfenac	☐	☐
• Paracétamol sous forme de sachets (600 mg/kg à répartir sur 24 heures) contre la fièvre et la douleur	☐	☐
Poids de l'enfant :.....kgs	☐	☐

Fait à....., le.....

Signature

Certificat médical

*datant de moins de 3 mois au moment du séjour

- A faire compléter et signer par le médecin -

Je soussigné Docteur

certifie après examen que l'enfant :

Nom Prénom

☐ Ne présente pas à ce jour de signe clinique apparent contre indiquant la
pratique des sports de plein air.

☐ Ne présente pas de signe de maladie contagieuse cliniquement décelable et
peut être admis en collectivité.

☐ Est à jour dans ses vaccins

Fait à Le

Signature,

Cachet du médecin

Informations

Identification des personnes prenant l'enfant en charge pour son retour

Je soussigné (nom, prénom et qualité ⁽¹⁾) du responsable de l'enfant)

.....

déclare que l'enfant (nom et prénom)

sera pris en charge le (date de fin de stage)

Par (nom, prénom et qualité ⁽¹⁾) du responsable de l'enfant)

.....

et dégage la Base de Plein Air de toutes responsabilités à partir de cette prise en charge.

Fait à, le

Signature,

(1) Père, Mère, Tuteur, Ami, etc...

Premier séjour à la Base de Plein Air de Guerlédan ☐ oui ☐ non

Si non, en quelle(s) année(s) :

Comment avez-vous eu connaissance de ce séjour ?

☐ Internet ☐ Comité d'Entreprise ☐ Séjour Scolaire ☐ Autre

Si votre enfant souhaite être dans le même groupe qu'un autre enfant du même âge, merci de nous indiquer son (leurs) nom(s) :

.....

Autorisez-vous la communication de vos coordonnées pour un éventuel covoiturage ?

☐ oui

☐ non

**L'usage du tabac est strictement interdit lors du séjour et entraînera l'exclusion du stagiaire.
En cas de renvoi de l'enfant pour tout comportement inadapté aucun remboursement ne sera effectué.**

LA PRE-INSCRIPTION EST DEFINITIVE LORSQUE LE DOSSIER EST COMPLET

POUR LE BON DEROULEMENT DU SEJOUR L'ENFANT INSCRIT DEVRA SAVOIR FAIRE DU VELO.

Autorisation parentale

Je soussigné(e).....autorise l'enfant (nom – prénom)
..... à participer aux activités et dégage la Base Départementale de Plein Air
de toutes responsabilités en cas de perte ou de vol d'affaires personnelles.

Je donne l'autorisation, à titre gratuit, de publier, exploiter ou diffuser, à des fins de promotion, les
photographies de mon enfant prises au cours des différentes activités pratiquées lors de son séjour à
la Base de Plein Air.

A....., le.....

Signature

Retrouvez les photos du séjour de votre enfant sur notre site internet

ATTESTATION DE TEST D'AISANCE AQUATIQUE

Préalable à la pratique d'activités nautiques en Centre d'Accueil pour Mineurs

Le test, effectué avec ou sans brassière, doit vérifier l'aptitude du mineur à :

- Effectuer un saut dans l'eau.
- Réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes.
- Réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes.
- Nager sur le ventre pendant vingt mètres.
- Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

Test équivalent à l'attestation « savoir nager » délivrée par les autorités de l'Education Nationale dans le cadre scolaire

TEST EFFECTUE PAR UNE PERSONNE COMPETENTE

Je, soussigné _____

- ☐ Titulaire du titre de maître-nageur sauveteur
- ☐ Titulaire du BEES « Activités de la Natation »
- ☐ Titulaire du BEES « CK et disciplines associées »
- ☐ Titulaire du BEES « Voile »
- ☐ Titulaire du BPJEPS « Activités Aquatiques et Natation »
- ☐ Titulaire du Brevet National de Sauvetage et de Sécurité Aquatique

certifie que l'enfant _____

a effectué le test d'aisance aquatique dans les conditions décrites ci-dessus.

Date, cachet et Signature :

- ☐ Test effectué avec brassière
- ☐ Test effectué sans brassière