

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 2019

Inscription à déposer ou à envoyer, accompagnée du règlement (chèques/espèces):  
⇒ À **Roeschwoog** à l'Animation Jeunesse (4 rue de l'Etang)  
⇒ 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 : .....

**Raid'Aventure du 09/07 au 12/07 /// COMPLET**  
**Séjour au Lac Salagou du 23/07 au 02/08 /// COMPLET**

### Pass'jeunesse

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

- Semaine du 15/07 au 19/07 (5 jours) à Roeschwoog**  
 QF1 : 30€  QF2 : 42€  QF3 : 54€  QF4 : 66€  QF5 : 78€  QF6 : 90€
- Semaine du 22/07 au 26/07 (5 jours) à Roeschwoog**  
 QF1 : 30€  QF2 : 42€  QF3 : 54€  QF4 : 66€  QF5 : 78€  QF6 : 90€
- Semaine du 29/07 au 02/08 (5 jours) à Roeschwoog**  
 QF1 : 30€  QF2 : 42€  QF3 : 54€  QF4 : 66€  QF5 : 78€  QF6 : 90€
- Semaine du 05/08 au 09/08 (5 jours) à Gamsbheim**  
 QF1 : 30€  QF2 : 42€  QF3 : 54€  QF4 : 66€  QF5 : 78€  QF6 : 90€
- Semaine du 12/08 au 16/08 (4 jours) à Gamsbheim**  
 QF1 : 20€  QF2 : 32€  QF3 : 44€  QF4 : 56€  QF5 : 68€  QF6 : 80€
- Semaine du 19/08 au 23/08 (5 jours) à Gamsbheim**  
 QF1 : 30€  QF2 : 42€  QF3 : 54€  QF4 : 66€  QF5 : 78€  QF6 : 90€

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 VTT du 20/08 au 24/08

- QF1 : 220€  QF2 : 235€  QF3 : 250€
- QF4 : 265€  QF5 : 280€  QF6 : 295€

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

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

# AUTORISATION PARENTALE

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.

## - 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°: .....  
 Conseil de l'Europe

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. 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

Fait le ....., à .....

Certifié exact Signature des parents :



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Nom et prénom : .....  Fille

date de naissance : .....  Garçon

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par la FDMJC d'ALSACE. Elle évite de vous démunir du carnet de santé de votre enfant.



## VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

Joindre obligatoirement une photocopie des vaccins. 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

Vaccins obligatoires	derniers rappels
Diphtérie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....
Tétanos <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....
Polioélite <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....
ou DT Polio <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....
ou Tétracoq <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	..... / ..... / .....

Vaccins recommandés	dates
Hépatite B	..... / ..... / .....
Rubéole-Oreillons-Rougeole	..... / ..... / .....
Coqueluche	..... / ..... / .....
BCG	..... / ..... / .....
Autre(s) :	..... / ..... / .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Suit-il un traitement médical ?  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.

Suit-il un régime alimentaire ?  oui  non

Si oui,  végétarien  sans porc  autre : .....

A-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

- Asthme  oui  non
- Alimentaires  oui  non
- médicamenteuses  oui  non
- crème solaire  oui  non
- anti-moustique  oui  non
- autres  oui  non

(animaux, plantes, pollen...)

Précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) : .....

.....  
 .....

A-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- Rubéole  oui  non
- Varicelle  oui  non
- Angine  oui  non
- Scarlatine  oui  non
- Coqueluche  oui  non
- Otite  oui  non
- Rougeole  oui  non
- Oreillons  oui  non
- Rhumatisme articulaire aigu  oui  non

Est-il atteint de troubles de la santé ou de handicap ?  oui  non

Si oui, précisez : .....

Indiquez ci-après les problèmes de santé particuliers qui nécessitent la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter :

.....  
 .....

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? A-t-il des difficultés de sommeil, des problèmes d'énurésie nocturne, des problèmes comportementaux, etc... ?  oui  non

Si oui, précisez : .....

## LE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse pendant l'activité : .....

.....

téléphone en cas d'urgence : ..... autre téléphone : .....

Nom du médecin traitant : ..... téléphone du médecin traitant : .....

N° de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché (obligatoire) : .....

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.

Fait le ....., à .....  
 signature :