Centre de loisir de
ANNEE



ADHESION:					
RENSEIGNEMENT CONCRENANT VOTRE ENFANT         Nom :					
PENSEIGNEMENT CON	ICERNANT LA FAMILLE				
	arié 🗆 Divorcé 🗖 Recomposé 🗖				
Coordonnées du responsable légal Nom et prénom :	Coordonnées de l'autre parent Nom et prénom :				
C.P.:	C.P.:				
N°Tél du travail :	N°Tél du travail :///				
Coordonnée de l'assurance Responsabilité Civile :	Coordonnée de l'assurance Responsabilité Civile :				
ALUDEC DENG	NOTA NIONATONIDA				
En cas de séparation, le parent n'ayant pas	SEIGNEMENTS la garde, est-il autorisé à récupérer l'enfant :				
Oui 🗖	Non 🗖				
Personnes à prevenir en cas d'urgence (autres que les parents)	Personnes autorisées à récurépérer l'enfant  Nom et prénom :				
Nom et prénom :	N° de téléphone ://///				
N° de téléphone :///// Nom et prénom :	Nom et prénom :				
N° de téléphone :///	Nom et prénom :				

DECLARATION DU R	DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL					
Je soussigné (e) Mme /Mr :	Père 🗆 Mère 🗅 Tuteur 🗅					
Déclar	re que :					
1. Mon enfant vient-il pour la première fois ?	□ Oui □ Non					
2. Mon enfant sait-il nager les 25 m (fournir diplôme	e)?  □ Oui □ Non					
3. J'autorise mon enfant à rentrer seul chez lui	□ Oui □ Non					
4. J'autorise à transporter mon enfant en véhicule (m. ☐ Oui	ninibus, autocar, train) :  Non					
5. Nous proposerons à votre enfant des mini-camps sportives (encadrées par des B.E). J'accepte que mon Qui	s, avec camping et différentes activités à thématique n enfant parte en mini-camps :  Non					
6. Mon enfant en PAI (Merci de fourni le document ☐ Oui ☐ Non  Types de repas : cantine ☐ panier re	Alimentaire □ Autres □					
7. J'autorise la direction à faire soigner mon enfan les prescriptions du médecin du centre et pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'interver	je m'engage à payer les frais médicaux et					
8.J'autorise mon enfant à participer à toutes les act contre indication médicale à la pratique de ces activi	ivités du centre et certifie qu'il ne présente aucune tés :    Oui    Non					
9. J'autorise expressément et sans contrepartie la Fédération des Œuvres Laïques du Var et l'équipe pédagogique à utiliser sur tous support les photos de mon enfant qui pourraient être prises au cours du séjour : ☐ Oui ☐ Non						
Je certifie exact tous les renseignements portés sur ce documents Fait à, le						
DOCUMENTS A FOUR	NID A LANGCRIPTION					
DOCUMENTS A FOUR  Dossier enfant	NIR A L'INSCRIPTION					
☐ Fiche sanitaire complétée, si l'enfant n'a pas les	☐ La copie du document de PAI (si votre enfant est déclaré en PAI)					
vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.	l'attestation d'assuré social. (attestation de doit)					
☐ 1 certificat médical d'aptitude à la pratique d'activités sportives et attestant que les	☐ attestation d'assurance périscolaire					
vaccinations sont à jour, datant de moins de 3 mois.	attestation d'aptitude a la pratique d'activités aquatique et nautique dans les accueils collectifs de					
Justificatif de domicile, datant de moins de 3 mois (taxe d'habitation, taxe foncière, ou quittance E.D.F, loyer).	mineurs de vacance (pour les activitées aquatique)					

L



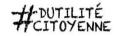


## **PROPOSITION**

### Barème de participations financières des familles aux activités de la Maison Des Jeunes d'Ollioules

	Tarif activité			
Quotient Familial	Inférieur à 10 €	Entre 10 € et 14,99 €	Entre 15 € et 19,99 €	A partir de 20 €
0 < 500 €	3,5 €	5€	6,5 €	8,5 €
500 € < QF < 800 €	4€	5,5 €	7€	9€
800 € < QF < 1 000 €	4,5 €	6€	7,5 €	9,5 €
1 000 € < QF < 1 500 €	5€	6,5 €	8€	10€
1 500 € < QF < 2 000 €	5,5 €	7€	8,5 €	10,5 €
QF > 2 000 €	6€	7,5 €	9€	11 €





LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT - FÉDÉRATION DES OEUVRES LAÏQUES DU VAR













# AUTORISATION DE FILMER ET DE PHOTOGRAPHIER

Attention : Ce séjour ayant des activités liées au multimédia, cette autorisation doit être impérativement remise au directeur du séjour dès le premier jour de centre

(merci de bien vouloir remplir le document et de cocher les cases correspondantes)

Nom du centre : Date du séjour :
Responsable légal de l'enfant
Je soussigné(e)
Demeurant à :
Agissant en qualité de   Père   Mère   Tuteur légal
De l'enfant :
Autorisation
☐ Autorise ☐ N'autorise pas L'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour à filmer et photographier mon enfant
□ Autorise □ N'autorise pas  La ligue de l'enseignement, organisateur /producteur dudit séjour à représenter, sans limitation de durée, la ou les photographies ou films pris pour les usages suivants :  - Publications nationales et régionales de Vacances pour tous/Ligue de l'Enseignement  - Créations originales de blogs ou autres sites internet édités par vacances pour tous/Ligue de l'Enseignement ou tout autre organisme ou association autoriés par la Ligue de l'Enseignement  - Exposition réalisée au cours du séjour  - Affiches réalisées pour la communication d'actions diverses  - Parutions dans les journaux régionaux et communaux
C' ou others
Signature
Fait à: Le
Signature des responsables légaux de l'enfant



#### MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



FI	CH	ΙE	SA	NI	TAI	RE
	D	Εl	LIA	ISC	ON	

1 - ENFANT		
NOM :		
PRÉNOM :		
DATE DE MAIGGAN	C.F.	
DATE DE NAISSAN	CE:	
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)	
<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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?					
RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS		
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON		
ALLERGIES: ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non AUTRES					
PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)					
			•••••		

	S DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION,
rééducation)	EN PRÉCISANT LES DATES ET LES <b>PRÉCAUTIONS À PRENDRE</b> .
•••••	
	ANDATIONS UTILES DES PARENTS
	PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC
5 - <b>RESPONS</b>	ABLE DE L'ENFANT
NOM	PRÉNOM
Adresse (pend	DANT LE SÉJOUR)
	DRTABLE), DOMICILE :
NOM ET TEL. D	U MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)
exacts les rens	seignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, s (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
Date :	Signature :
	A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
	COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES
OBSERVATION	NS





# ATTESTATION D'APTITUDE A LA PRATIQUE D'ACTIVITES AQUATIQUES ET NAUTIQUES DANS LES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS

La pratique du Canoë, kayak et activités assimilées, du canyonisme, de la nage en eau vive, du radeau et activités de navigation assimilées, du surf, de la voile et de glisse aérotractée nautique est subordonnée à la fourniture de cette attestation de réussite au test préalable. (En Application de l'Article3 de l'arrêté du 25 avril 2012). Cette attestation ne peut être établie que par un professionnel, c.-à-d. par une personne répondant aux conditions prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article R.227-13 dans les disciplines suivantes : canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyonisme, surf de mer et natation ou par une personne titulaire du brevet national de sécurité et de sauvetage aquatique (BNSSA).

Cette attestation peut être remplacée par une attestation de réussite au test commun des fédérations ayant la natation en partage répondant au moins aux exigences définies pour ce test. \*

TEST réalisé à:		le	
J'atteste de l'aptitude d	du mineur, NOM:	Prénom :	
A effectuer un saut da	ns l'eau,		
A réaliser une flottaiso	n sur le dos pendant cinq	secondes,	
A réaliser une sustenta	tion verticale pendant cir	ng secondes,	
A nager sur le ventre po	endant vingt mètres,		
A franchir une ligne d'e	au ou passer sous une er	mbarcation ou un objet flottant,	
Observation <sup>1</sup> :	sans brassière 🛚	avec brassière 🛚	
Signataire : Nom :		Prénom :	
Diplôme :	N° de carte profes	sionnelle ou déclaration BNSSA :	
Signature :			
* sauv'nage utilitaire			

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> Les conditions de réalisation du test « avec ou sans » brassière de sécurité dépendent du type d'activité proposée. Se référer aux annexes de l'arrêté du 25 avril 2012.