– à remplir par le responsable légal

Siège social : 16 Avenue de Molières
82300 CAUSSADE - FRANCE
Téléphone : 05 63 6573 58
Adresse de messagerie : info@colosport.fr
Site Web : www.colosport.fr/
Association Loi 1901
N° de SIRET : 878 621887 00016
N° d'organisateur DDCSPP : 082ORG0249
Affiliation FFM

Fiche de liaison

PARTICIPANT

Prénom et NOM de l'enfant : .....

Date début de séjour : ..... **Date de fin de séjour :** .....

Date de naissance : ..... **Taille :** .....

Séjour choisi : .....

Niveau de pratique AVANT le séjour : **Débutant – Intermédiaire – Confirmé**

Souhaite être dans la même chambre que (Nom et prénom) .....

RESPONSABLE LEGAL inscrivant le participant

Nom, Prénom : .....

Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal ou délégation d'autorité parentale ☐

Adresse postale :.....

.....

Téléphone (1) OBLIGATOIRE :..... Téléphone (2) : .....

Email : .....

ENGAGEMENTS

Je soussigné (nom et prénom) .....

exerçant l'autorité légale sur le mineur (nom et prénom) .....

- Accepte toute décision de renvoi pour motif disciplinaire et m'engage à récupérer ou faire récupérer mon enfant par les personnes mentionnées ci-dessus, durant toute la durée du séjour et sans délai.
- Autorise l'association Colos à photographier mon enfant dans le cadre de son séjour et à faire usage de ces photos exclusivement dans le cadre des activités de communication de l'association.
- M'engage à rembourser à l'association tous les frais qui pourraient être avancés pour mon compte (soins, transports, etc.)
- Déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales d'Inscription et du Règlement Intérieur

Fait à : ..... Le : ..... **Signature :**

– à remplir par le responsable légal

Renseignements médicaux concernant le mineur

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente ainsi que les médicaments correspondants (boîtes de médicaments d'origine, marquées au nom du mineur et avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Le mineur a-t-il eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Oui	Non	Varicelle	Oui	Non
Angine	Oui	Non	Oreillons	Oui	Non
Rhumatisme articulaire aigu	Oui	Non	Scarlatine	Oui	Non
Coqueluche	Oui	Non	Otite	Oui	Non
Rougeole	Oui	Non			

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes ?

ASTHME	Oui	Non
Allergies MEDICAMENTEUSES	Oui	Non
Autres (animaux, plantes, pollen)	Oui	Non
Allergies ALIMENTAIRES	Oui	Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.
.....
.....
.....
.....
.....

Allergies alimentaires : afin de garantir la sécurité des enfants, l'accueil de mineurs concernés par des allergies alimentaires spécifiques requiert la mise en place d'un accompagnement et de procédures personnalisées pendant le séjour. Si votre enfant est concerné par une ou plusieurs allergies alimentaires, vous devez en informer l'association dès que possible par mail à l'adresse sejour@colosport.fr, en précisant obligatoirement

- dans l'objet de votre mail : « ALLERGIE ALIMENTAIRE + les nom et prénom de l'enfant + ses dates et lieu de séjour)
- dans le corps de votre mail : le détail des aliments concernés et les procédures à suivre.

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et d'éventuels soins à apporter ?

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

Autres recommandations utiles des parents

Pour les plus de 15 ans uniquement, votre enfant est-il fumeur ? Oui Non

Autres (Port de lunettes, appareils dentaires, appareils auditifs, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc.)
.....
.....
.....
.....
.....

Joindre OBLIGATOIREMENT une copie du carnet de vaccinations à jour

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.

– à remplir par le responsable légal

AUTORISATIONS DE SOINS

Je soussigné (nom, prénom et qualité)

.....

exerçant l'autorité légale sur le mineur (nom, prénom, date de naissance)

.....

Autorise par la présente et pendant toute la durée du séjour :

- à faire donner au mineur tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien
- le responsable de l 'association ou toute personne encadrante au sein de COLOS :
  - à prendre toutes mesures utiles et demander l'admission en établissement de soins
  - à reprendre le mineur à sa sortie, en cas d'indisponibilité absolue des parents ou du représentant légal du mineur

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

COORDONNEES DE LA PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'ACCIDENT

Nom, Prénom, qualité : .....

Téléphone (portable et fixe si possible) .....

N° de Sécurité Sociale couvrant le mineur : .....

Si bénéficiaire d'une CMU, joindre l'attestation en cours de validité au moment du séjour

– à remplir par le responsable légal

AUTORISATIONS DE PRISE EN CHARGE DU MINEUR

Les personnes autorisées s'ajoutent aux responsables légaux pour prendre en charge votre enfant à l'issue du séjour ou dans les cas de retour anticipé (séjours écourtés, exclusions, etc.)

Nous attirons votre attention sur l'importance de bien renseigner les champs « personne autorisée 1 » et « personne autorisée 2 » dans votre espace personnel en ligne (rubrique « mes enfants »). Ces champs sont modifiables jusqu'à 7 jours avant le départ pour être pris en compte au moment du retour de l'enfant. Pour toute autre situation, merci de nous contacter sur sejour@colosport.fr.

Si vous n'avez pas d'espace personnel en ligne, notez ces informations ci-dessous :

1. Nom, Prénom : ..... Lien avec la famille .....

Téléphone(s).....

2. Nom, Prénom : ..... Lien avec la famille .....

Téléphone(s) .....

MINEUR VOYAGEANT SEUL

Si :

- votre enfant doit poursuivre son voyage seul au delà de la partie encadrée par nos équipes
- ou, vous l'autorisez à rentrer seul
- ou, vous avez souscrit le service Navette Ussel (votre enfant voyageant sans nos équipes ni adulte dûment autorisé par vous-même)

vous devez impérativement signer l'autorisation ci-dessous.

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant .....l'autorise à prendre congé des personnels encadrants de l'association à l'issue de son séjour.
Je reconnais avoir pris connaissance des limites de responsabilité de l'association.

Informations complémentaires que vous jugez utile de nous communiquer concernant les autorisations ci-dessus :
.....
.....
.....
.....

Fait à : ..... Le : .....

Signature :

– à faire remplir par un professionnel diplômé

Siège social : 16 Avenue de Molières
82300 CAUSSADE - FRANCE
Téléphone : 05 63 6573 58
Adresse de messagerie : info@colosport.fr
Site Web : www.colosport.fr
Association Loi 1901 N° de SIRET : 878 621887 00016
N° d'organisateur DDCSPP : 082ORG0249
Affiliation FFM

Test P.A.N. (Préalable aux Activités Nautiques)

- **Attention ! Seul le diplôme de Sauve-Nage ou l'Attestation Scolaire de Savoir-Nager (ASSN) sont admis en équivalence. Les « brevets de natation », « attestation de xx mètres », « savoir nager », etc. ne sont pas recevables.**
- Le test P.A.N. doit être effectué en piscine et retourné à l'association Colos en même temps que le reste des documents (ou à défaut mis dans la valise de l'enfant pour le jour de son arrivée). Ce document est une proposition de modèle ; vous pouvez tout à fait en utiliser un autre qui satisfasse aux mêmes conditions.
- Pensez à vous munir de la pièce d'identité de votre enfant lors du passage du test.

Dans le cadre de l'accueil collectif de mineurs en centre de vacances, la pratique de certaines activités est subordonnée à la production d'une attestation d'aisance aquatique. Ce test a pour objet de vérifier l'aisance aquatique d'un mineur avant qu'il ne participe à une activité appartenant à l'une des familles suivantes : canoë, kayak et activités assimilées, radeau et activités de navigation assimilées, certaines activités de voile, ski nautique, nage en eau vive, surf.

Je soussigné(e): .....

Titulaire du diplôme : ..... **N° :** .....

Certifie que (nom et prénom du mineur) .....

Né(e) le : .....

a satisfait aux tests préalables à la pratique des activités aquatiques et nautiques en Accueils Collectifs de Mineurs, tels qu'ils sont définis dans l'article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R. 227-13 du Code de l'Action Sociale et des Familles ainsi que dans le Code du Sport, articles A322-44 et A322-66 :

- ☐ Effectuer un saut dans l'eau
- ☐ Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes
- ☐ Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes
- ☐ Nager sur le ventre pendant 25 mètres
- ☐ Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant

- Les épreuves ont été effectuées **AVEC brassières / SANS brassière** (rayer la mention inutile)

Fait le : ..... à : .....
Signature du professionnel :