



GOUTATOU
Centre de Loisirs
Pargny-Les-Reims



Dossier inscription

RAID AVENTURE

2024



Socofret
CERTIFICATION



Service des Sports - 34, rue Henri Martin - 51200 EPERNAY - tel : 03.26.53.32.97

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

Présentation

Cette année, le Raid Ados aura lieu le mercredi 24 et jeudi 25 avril 2024, avec une nuitée au camping municipal d'Épernay.

Il est ouvert aux enfants de 11 à 17 ans, selon **2 catégories** :

- **11 - 13 ans;**
- **14 - 17 ans.**

Ils seront accueillis le mercredi 24 avril 2024, de 8h30 à 9h, sur le parvis de l'Hôtel de Ville, à Épernay.

La fin de cette aventure se clôturera par une remise des récompenses, le jeudi 25 avril 2024, à 16h30, à la halte fluviale du stade Paul-Chandon, à Épernay.

Les équipes, composées de 3 participants et d'un encadrant, participeront à de multiples épreuves sportives : course d'orientation, escalade, VTT, canoë, etc...

- Voici certaines précisions concernant les activités proposées :

- il faut renseigné le questionnaire de santé et retourner l'attestation de santé remplie ou fournir un Certificat Médical de non contre-indication à la pratique sportive.
- Pour l'activité canoë, il est obligatoire de disposer d'une Attestation de Tests Nautiques ou attestation de réussite au Sauv'Nage ou attestation scolaire « Savoir-Nager ».

Pour passer l'**Attestation de Tests Nautiques**, nous vous proposons le créneau gratuit suivant :

**Mardi 23 avril 2024, entre 10h à 11h,
À la piscine Bulléo d'Épernay.**

Δ Si vous souhaitez profiter de ce créneau, merci de le signaler dans les « observations particulières » de la fiche de pré-inscription (à retourner avant le 12 avril).

- Pour l'activité « Bike&Run », il est nécessaire de **prévoir 2 V.T.T.** par équipe (en prévoir 1 qui convienne aussi bien aux participants qu'à l'encadrant) **Δ Casques obligatoires (x4).**

- ◆ Pour la nuitée au camping municipal d'Épernay (un site de repli est prévu en cas d'intempéries), prévoir un couchage **CHAUD**.

- L'inscription d'une équipe se déroule en deux parties :

1) Retour de la FICHE DE PRE-INSCRIPTION avant le vendredi 12 avril 2024 (ce qui laisse du temps pour rassembler tous les documents nécessaires à l'inscription).

Pensez à préciser si besoin : - la présence aux Tests Nautiques proposés
- alimentation spécifique

Rq : Une après-midi de préparation au Raid Aventure (initiation Course d'Orientation et Canoë), le 23 avril, sera proposée gratuitement aux équipes, ayant retourné leur feuille de pré-inscription dans le délai imparti.

2) Retour du DOSSIER COMPLET avant le mardi 23 avril 2024.

Cela comprend :

- la fiche d'inscription par équipe ;
- la fiche individuelle par participant ;
- l'autorisation parentale ;
- l'Attestation de Santé ou le Certificat Médical d'Aptitude ;
- l'Attestation de Tests Nautiques ou attestation de réussite au Sauv'Nage ou attestation scolaire « Savoir-Nager » ;
- la fiche sanitaire de liaison ;
- la Charte signée par l'ensemble des participants, parents et l'encadrant ;
- **règlement de 120€ par équipe** (chèque à l'ordre de l'O.S.E.P.C ou espèces).

Rq : chaque document doit être retourné, complété et signé.

**Pour toutes informations complémentaires,
contactez le Service des Sports de la ville d'Épernay
au 03.26.53.32.97 ou 06.29.46.34.17**

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

FICHE de PRÉ-INSCRIPTION

Garçons et filles âgés de 11 ans (révolus au premier jour du raid) à 17 ans

◆ NOM DE L'ÉQUIPE :

Catégorie :

Nom du référent :

Statut de la personne à contacter :

Téléphone :

Observations particulières

(présence aux Tests Nautiques proposés, alimentation spécifique)

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

Fiche à retourner avant le vendredi 12 avril 2024

- Une après-midi de préparation au Raid Aventure (23 avril) sera proposée gratuitement aux équipes, ayant retourné leur feuille de pré-inscription dans le délai imparti -

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

FICHE D'INSCRIPTION ÉQUIPE

Garçons et filles âgés de 11 ans (révolus au premier jour du raid) à 17 ans

◆ NOM DE L'ÉQUIPE : _____

Nom et Prénom de l'encadrant : _____

Qualification : _____

AS ou CM

CH

*

Adresse personnelle : _____

Code postal : _____ Ville : _____

tél. : _____ tél. pendant le Raid : _____

mail : _____

* documents que doit rendre l'encadrant.

Nom & Prénom	Date de naissance	Adresse Mail	Téléphone	AS ou CM	AP	AN	FS	CH

◆ Documents à fournir :

- **AS** : Attestation de Santé
- **CM** : Certificat Médical de non-contre-indication à la pratique sportive
- **AP** : Autorisation Parentale
- **AN** : Attestation de test Nautique ou attestation de réussite au Sauv'nage ou attestation scolaire « Savoir-Nager »
- **FS** : Une Fiche Sanitaire
- **CH** : Charte

△ à retourner avant le mardi 23 avril 2024

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

◆ Nom de l'équipe : _____

Nom du participant: _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone (D): _____ Téléphone (P) : _____

Renseignements complémentaires que vous souhaitez apporter sur l'enfant (en cas d'allergie, de traitement ou de diététique): _____

1) **Documents Obligatoires:**

- Attestation de Santé remplie et signée ou un Certificat Médical de non contre-indication à la pratique sportive.
- Autorisation Parentale : remplir le document fourni.
- Fiche Sanitaire.
- Attestation de Tests Nautiques ou attestation de réussite au Sauv'Nage ou attestation scolaire « Savoir Nager ».
- Charte ci-jointe dûment signée.

2) **Matériel à apporter :**

- 1 sac à dos
- 1 gourde
- Prendre tenue de sport adaptée aux conditions climatiques prévues (casquette, lunettes, crème solaire, veste de pluie...)
- Prévoir vêtements de rechange pour le 2ème jour, voir basket (si mouillé lors de l'épreuve canoë)
- 1 tente de camping (voir avec son équipe)
- 1 matelas de mousse ou pneumatique
- 1 sac de couchage (+ couverture éventuelle)
- 1 lampe de poche ou frontale pour la soirée et la nuit
- Nécessaire de toilette et serviette

**Pour toutes informations complémentaires,
contactez le Service des Sports de la ville d'Épernay
au 03.26.53.32.97 ou 06.29.46.34.17**

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

◆ Nom de l'équipe : _____

Nom du participant: _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone (D): _____ Téléphone (P) : _____

Renseignements complémentaires que vous souhaitez apporter sur l'enfant (en cas d'allergie, de traitement ou de diététique): _____

3) **Documents Obligatoires:**

- Attestation de Santé remplie et signée ou un Certificat Médical de non contre-indication à la pratique sportive.
- Autorisation Parentale : remplir le document fourni.
- Fiche Sanitaire.
- Attestation de Tests Nautiques ou attestation de réussite au Sauv'Nage ou attestation scolaire « Savoir Nager ».
- Charte ci-jointe dûment signée.

4) **Matériel à apporter :**

- 1 sac à dos
- 1 gourde
- Prendre tenue de sport adaptée aux conditions climatiques prévues (casquette, lunettes, crème solaire, veste de pluie...)
- Prévoir vêtements de rechange pour le 2ème jour, voir basket (si mouillé lors de l'épreuve canoë)
- 1 tente de camping (voir avec son équipe)
- 1 matelas de mousse ou pneumatique
- 1 sac de couchage (+ couverture éventuelle)
- 1 lampe de poche ou frontale pour la soirée et la nuit
- Nécessaire de toilette et serviette

**Pour toutes informations complémentaires,
contactez le Service des Sports de la ville d'Épernay
au 03.26.53.32.97 ou 06.29.46.34.17**

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

FICHE D'INSCRIPTION INDIVIDUELLE

◆ Nom de l'équipe : _____

Nom du participant: _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone (D): _____ Téléphone (P) : _____

Renseignements complémentaires que vous souhaitez apporter sur l'enfant (en cas d'allergie, de traitement ou de diététique): _____

5) **Documents Obligatoires:**

- Attestation de Santé remplie et signée ou un Certificat Médical de non contre-indication à la pratique sportive.
- Autorisation Parentale : remplir le document fourni.
- Fiche Sanitaire.
- Attestation de Tests Nautiques ou attestation de réussite au Sauv'Nage ou attestation scolaire « Savoir Nager ».
- Charte ci-jointe dûment signée.

6) **Matériel à apporter :**

- 1 sac à dos
- 1 gourde
- Prendre tenue de sport adaptée aux conditions climatiques prévues (casquette, lunettes, crème solaire, veste de pluie...)
- Prévoir vêtements de rechange pour le 2ème jour, voir basket (si mouillé lors de l'épreuve canoë)
- 1 tente de camping (voir avec son équipe)
- 1 matelas de mousse ou pneumatique
- 1 sac de couchage (+ couverture éventuelle)
- 1 lampe de poche ou frontale pour la soirée et la nuit
- Nécessaire de toilette et serviette

**Pour toutes informations complémentaires,
contactez le Service des Sports de la ville d'Épernay
au 03.26.53.32.97 ou 06.29.46.34.17**



RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

ATTESTATION de SANTÉ

Pour les mineurs :

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM]
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]

.....
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.



QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu répons par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille ? Un garçon ? Ton âge ? ans

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
Depuis l'année dernière		
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant tout une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Question à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave au cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et te fasse un certificat médical de non contre-indication à ta participation au Raid Aventure. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.



RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

ATTESTATION de SANTÉ

Pour les mineurs :

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM]
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]

.....
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.



QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu répons par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille ? Un garçon ? Ton âge ? ans

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
Depuis l'année dernière		
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant tout une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Question à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave au cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et te fasse un certificat médical de non contre-indication à ta participation au Raid Aventure. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.



RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

ATTESTATION de SANTÉ

Pour les mineurs :

Je soussigné, Monsieur/Madame[Prénom NOM]
en ma qualité de représentant légal de [Prénom NOM]

.....
atteste qu'il/elle a renseigné le questionnaire relatif à l'état de santé du sportif mineur et a répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature du représentant légal.



QUESTIONNAIRE RELATIF A L'ETAT DE SANTE DU SPORTIF MINEUR

Avertissement à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant, c'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire. Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport : c'est recommandé pour tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné(e) pour te conseiller ? Ce questionnaire n'est pas un contrôle. Tu réponds par OUI ou par NON, mais il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Tu peux regarder ton carnet de santé et demander à tes parents de t'aider.

Tu es une fille ? Un garçon ? Ton âge ? ans

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON	OUI	NON
Depuis l'année dernière		
Es-tu allé(e) à l'hôpital pendant tout une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à d'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
Te sens-tu très fatigué(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens-tu que tu as moins faim ? Que tu manges moins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Te sens-tu triste ou inquiet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleures-tu plus souvent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
Penses-tu quelquefois à arrêter de faire du sport ou à changer de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Question à faire remplir par tes parents		
Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave au cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Si tu as répondu OUI à une ou plusieurs questions, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et te fasse un certificat médical de non contre-indication à ta participation au Raid Aventure. Au moment de la visite, donne-lui ce questionnaire rempli.

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

ATTESTATION de SANTÉ

Encadrant

Pour un majeur :

Je soussigné, Monsieur/Madame [Prénom NOM]
atteste avoir renseigné le questionnaire de santé QS-SPORT Cerfa N°15699*01
et avoir répondu par la négative à l'ensemble des rubriques.

Date et signature de l'encadrant.



Questionnaire de santé « **QS – SPORT** »

Ce questionnaire de santé permet de savoir si vous devez fournir un certificat médical

Répondez aux questions suivantes par OUI ou par NON*	OUI	NON
Durant les 12 derniers mois		
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A ce jour		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc...) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité de la personne concernée.

Si vous avez répondu **NON** à toutes les questions :

Pas de certificat médical à fournir.

Si vous avez répondu **OUI** à une ou plusieurs questions :

Certificat médical à fournir. Consultez un médecin et présentez-lui ce questionnaire renseigné.



RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

Certificat Médical d'Aptitude

Je soussigné(e) Docteur,

Certifie avoir examiné : Monsieur, Mademoiselle

Né(e) le _____

Et atteste n'avoir pas constaté à ce jour, de signes cliniques contre indiquant la pratique des sports suivants : course à pied, marche, canoë, VTT, escalade.

Fait à Épernay,

Le

Cachet et signature du médecin

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

Certificat Médical d'Aptitude

Je soussigné(e) Docteur,

Certifie avoir examiné : Monsieur, Mademoiselle

Né(e) le _____

Et atteste n'avoir pas constaté à ce jour, de signes cliniques contre indiquant la pratique des sports suivants : course à pied, marche, canoë, VTT, escalade.

Fait à Épernay,

Le

Cachet et signature du médecin

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

Certificat Médical d'Aptitude

Je soussigné(e) Docteur,

Certifie avoir examiné : Monsieur, Mademoiselle

Né(e) le _____

Et atteste n'avoir pas constaté à ce jour, de signes cliniques contre indiquant la pratique des sports suivants : course à pied, marche, canoë, VTT, escalade.

Fait à Épernay,

Le

Cachet et signature du médecin

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

Certificat Médical d'Aptitude - Encadrant

Je soussigné(e) Docteur,

Certifie avoir examiné : Monsieur, Mademoiselle

Né(e) le _____

Et atteste n'avoir pas constaté à ce jour, de signes cliniques contre indiquant la pratique des sports suivants : course à pied, marche, canoë, VTT, escalade.

Fait à Épernay,

Le

Cachet et signature du médecin



RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

Autorisation Parentale

Je soussigné(e)

domicilié(e)

représentant(e) légal(e) de autorise mon fils, ma fille à participer au RAID AVENTURE, organisé par la Ville d'Épernay et ses partenaires, qui se déroulera les 24 et 25 avril 2024.

- Je donne mon accord pour les déplacements tels qu'ils sont organisés à l'occasion du Raid Aventure.
- J'autorise également les cadres de l'organisation, en cas d'urgence, à se substituer à moi pour les actes nécessaires à la sécurité ou à la santé de mon enfant et à prendre toute décision que l'urgence médicale ou chirurgicale nécessiterait sur demande d'un médecin.
- Je reconnais avoir été informé(e) des risques normaux de la pratique des activités sportives, des obligations qu'elles comportent et déclare les accepter pour mon enfant désigné ci-dessus.
- Les concurrents inscrits au Raid Aventure autorisent l'organisation ainsi que ses ayants droits tels que médias et partenaires à utiliser les images fixes ou audiovisuelles prises à l'occasion de cette manifestation sportive « Raid Aventure 2024 », sans contrepartie financière, sur tous supports y compris les documents promotionnels et publicitaires réalisés et diffusés dans le monde entier et pour la durée la plus longue prévue par la loi, les règlements, les traités en vigueur, y compris pour les prolongations éventuelles qui pourraient être ajoutées à cette durée. (*)

Fait à, le

Signature (Précédée de la mention « lu et approuvé »)

****Si vous ne le souhaitez pas, vous devez le signaler par écrit à l'organisateur en indiquant : nom, prénom, adresse, nom de la manifestation sportive, et nom de l'équipe et le retourner au Service des Sports de la Ville d'Épernay***

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

Autorisation Parentale

Je soussigné(e)

domicilié(e)

représentant(e) légal(e) de autorise mon fils, ma fille à participer au RAID AVENTURE, organisé par la Ville d'Épernay et ses partenaires, qui se déroulera les 24 et 25 avril 2024.

- Je donne mon accord pour les déplacements tels qu'ils sont organisés à l'occasion du Raid Aventure.
- J'autorise également les cadres de l'organisation, en cas d'urgence, à se substituer à moi pour les actes nécessaires à la sécurité ou à la santé de mon enfant et à prendre toute décision que l'urgence médicale ou chirurgicale nécessiterait sur demande d'un médecin.
- Je reconnais avoir été informé(e) des risques normaux de la pratique des activités sportives, des obligations qu'elles comportent et déclare les accepter pour mon enfant désigné ci-dessus.
- Les concurrents inscrits au Raid Aventure autorisent l'organisation ainsi que ses ayants droits tels que médias et partenaires à utiliser les images fixes ou audiovisuelles prises à l'occasion de cette manifestation sportive « Raid Aventure 2024 », sans contrepartie financière, sur tous supports y compris les documents promotionnels et publicitaires réalisés et diffusés dans le monde entier et pour la durée la plus longue prévue par la loi, les règlements, les traités en vigueur, y compris pour les prolongations éventuelles qui pourraient être ajoutées à cette durée. (*)

Fait à, le

Signature (Précédée de la mention « lu et approuvé »)

****Si vous ne le souhaitez pas, vous devez le signaler par écrit à l'organisateur en indiquant : nom, prénom, adresse, nom de la manifestation sportive, et nom de l'équipe et le retourner au Service des Sports de la Ville d'Épernay***

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

Autorisation Parentale

Je soussigné(e)

domicilié(e)

représentant(e) légal(e) de autorise mon fils, ma fille à participer au RAID AVENTURE, organisé par la Ville d'Épernay et ses partenaires, qui se déroulera les 24 et 25 avril 2024.

- Je donne mon accord pour les déplacements tels qu'ils sont organisés à l'occasion du Raid Aventure.
- J'autorise également les cadres de l'organisation, en cas d'urgence, à se substituer à moi pour les actes nécessaires à la sécurité ou à la santé de mon enfant et à prendre toute décision que l'urgence médicale ou chirurgicale nécessiterait sur demande d'un médecin.
- Je reconnais avoir été informé(e) des risques normaux de la pratique des activités sportives, des obligations qu'elles comportent et déclare les accepter pour mon enfant désigné ci-dessus.
- Les concurrents inscrits au Raid Aventure autorisent l'organisation ainsi que ses ayants droits tels que médias et partenaires à utiliser les images fixes ou audiovisuelles prises à l'occasion de cette manifestation sportive « Raid Aventure 2024 », sans contrepartie financière, sur tous supports y compris les documents promotionnels et publicitaires réalisés et diffusés dans le monde entier et pour la durée la plus longue prévue par la loi, les règlements, les traités en vigueur, y compris pour les prolongations éventuelles qui pourraient être ajoutées à cette durée. (*)

Fait à, le

Signature (Précédée de la mention « lu et approuvé »)

****Si vous ne le souhaitez pas, vous devez le signaler par écrit à l'organisateur en indiquant : nom, prénom, adresse, nom de la manifestation sportive, et nom de l'équipe et le retourner au Service des Sports de la Ville d'Épernay***

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

Attestation de natation

Document **OBLIGATOIRE** pour la pratique des activités nautiques
(canoë – kayak – radeau – ski nautique – voile)

- Arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R. 227-13 du code de l'action sociale et des familles -

Je soussigné (e) : Nom _____

Prénom _____

Titulaire du diplôme : BNSSA [] BEES 1 activité nautique []

Certifie que :

Nom _____ Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

A la capacité d'effectuer un saut dans l'eau, de réaliser une flottaison sur le dos et une sustentation verticale pendant cinq secondes, de nager sur le ventre pendant vingt mètres, ainsi que de franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

Le test a été effectué avec brassière : OUI [] NON []

Le parcours peut être effectué avec une brassière de sécurité sauf pour la pratique du canyon.

Fait à : _____ Le : _____

À la piscine de : _____

Signature de l'attestant,

Cachet de l'établissement,

RAID AVENTURE 2024

Mercredi 24 et Jeudi 25 avril

Charte

Le Raid Aventure Ados 2024 est une animation sportive ouverte aux jeunes âgés de 11 à 13 ans et de 14 à 17 ans.

LES OBJECTIFS

- Encourager la mobilité des jeunes pour une meilleure connaissance de leur environnement ;
- Favoriser les échanges entre les jeunes ;
- Prévenir les conflits de territoires et sensibiliser les participants à des activités nouvelles ;
- Encourager la mixité sociale ;
- Concourir au maintien et à l'amélioration du capital santé.

Il nous a semblé nécessaire d'établir cette charte de qualité, afin que chaque protagoniste du Raid Aventure, ait une vision commune de ce qui est demandé à chacun.

L'organisateur se réserve le droit de prendre toute mesure nécessaire si les équipes engagées ne respectent pas le règlement de l'épreuve.

ARTICLE 1^{ER} : L'ÉQUIPE

- Pour participer au Raid Aventure, l'Équipe devra déposer le dossier d'inscription dûment complété et signé, à la date prévue ;
- Elle s'engage à désigner un encadrant majeur, qui sera l'interlocuteur principal auprès de l'organisateur ;
- Elle devra se conformer au règlement de chaque épreuve ;
- Le non-respect du règlement pourra entraîner des pénalités ou des sanctions, voire l'exclusion du Raid Aventure.

ARTICLE 2 : LES PARTICIPANTS MINEURS

Chaque participant s'engage à :

- Fournir les documents nécessaires à son inscription, dûment complétés et signés par ses représentants légaux ;
- Respecter le règlement intérieur du Raid Aventure ;
- Respecter le règlement de chaque épreuve ;
- Rester par équipe de 4 (3 mineurs et 1 accompagnateur majeur), lorsque le déroulement des épreuves l'exige ;
- Respecter chaque individu : coureur, organisateur, population locale, qu'il serait amené à côtoyer, tant sur les épreuves que sur les parties de vie commune en fin de journée, soirée, nuit ;
- Respecter le rythme de vie de chacun ;
- Respecter le milieu naturel : aucun détritrus ne devra être laissé sur les sites d'évolutions ;
- Respecter la réglementation urbaine.

ARTICLE 3 : L'ACCOMPAGNATEUR MAJEUR S'ENGAGE À :

- Fournir les documents nécessaires pour sa participation au Raid ;
- Accompagner les participants mineurs de son équipe sur chaque épreuve ;
- A assurer un soutien moral et technique sur le déroulement du Raid Aventure et à positiver ;
- À faire preuve de bon sens, à avoir un rôle sécurisant et à porter assistance ;
- À jouer le rôle de médiateur en cas de conflits au sein de son équipe, mais également avec des tierces personnes ;
- Être un lien entre l'équipe et l'organisateur, pour tout problème rencontré.

ARTICLE 4 : RELATIONS ORGANISATEURS / ÉQUIPES

Les organisateurs s'engagent à :

- Fournir l'ensemble des documents nécessaires pour la participation au Raid Aventure ;
- Organiser et mettre en place les épreuves dans un souci de sécurité ;
- Veiller à ce que chaque épreuve soit adaptée aux catégories d'âges ;
- Former une commission qui aura en charge l'étude de litiges.

ARTICLE 5 : RELATIONS ORGANISATEURS & RESPONSABLES LÉGAUX DES ENFANTS

En tant qu'organisateur, les partenaires s'engagent à :

- Informer les parents du déroulement des épreuves ;
- Fournir aux représentants légaux des enfants, tout document qui permettra la participation des équipes ;
- À informer les accompagnateurs et pratiquants des lieux possibles de pratique et d'initiation au canoë et à l'orientation ;
- Organiser le Raid Aventure en veillant à la sécurité de chaque épreuve ;
- Assurer la restauration ;
- À mettre à disposition douches et sanitaires à la fin de chaque journée.

Le représentant légal de l'enfant mineur qui participe au Raid Aventure s'engage à :

- Retourner à la date demandée, le dossier d'inscription dûment complété et signé ;
- À informer l'organisateur de tout problème de santé de l'enfant ;
- À fournir l'équipement nécessaire à l'enfant, pour le déroulement du Raid.

ARTICLE 6 : RELATIONS ORGANISATEURS / ACCOMPAGNATEURS

L'organisateur s'engage à :

- Fournir à l'accompagnateur, l'ensemble des documents qui lui permettra à lui et à son équipe, de participer au Raid Aventure ;
- Communiquer les coordonnées des clubs et associations proposant une pratique de sensibilisation au canoë et à l'orientation.

ARTICLE 7 : LA SÉCURITÉ ET LA RÉGLEMENTATION

L'organisateur s'engage à :

- Connaître et respecter les consignes de sécurité relatives à chaque activité ;
- Prendre connaissance de la réglementation sur l'Accueil Collectif de Mineurs sur un séjour court (1 nuit) ;
- Informer les secours pour une intervention rapide et efficace sur le lieu de l'incident.

ARTICLE 8 : LA VIE QUOTIDIENNE

L'organisateur s'engage à :

- Accueillir les équipes et les parents dans les conditions les plus favorables, en fonction des conditions climatiques et des sites sur lesquels les équipes vont évoluer ;
- À obtenir les autorisations d'accès aux différents sites sur lesquels le Raid Aventure va se dérouler ;
- Permettre à chaque équipe de se restaurer, se doucher, accéder aux sanitaires, sur chaque site de bivouac ;
- Prévoir un site de repli pour le bivouac, en cas de fortes intempéries.

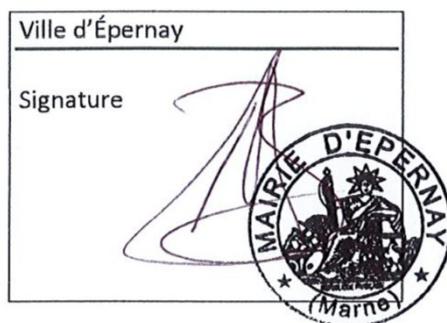
REPAS :

- À fournir une alimentation adaptée au fonctionnement du Raid ;
- De veiller à ce que chaque pratiquant se restaure convenablement, en lien avec l'accompagnateur majeur de l'équipe.

Les organisateurs, parents, accompagnateurs et participants mineurs, déclarent avoir pris connaissance de la charte ci-dessus (document de 5 pages), et d'en respecter les termes.

SIGNATURES :

Pour les organisateurs



Les parents

Nom	Nom	Nom
Signature	Signature	Signature

L'accompagnateur et les participants mineurs

Nom	Nom	Nom	Nom
Signature	Signature	Signature	Signature
L'ACCOMPAGNATEUR	Raideur ¹	Raideur ²	Raideur ³



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

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).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, DT polio, 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with 2 rows and 5 columns for diseases: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS. Each cell has 'OUI' and 'NON' checkboxes.

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)

Series of horizontal dotted lines for writing the cause of allergy and management.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Series of horizontal dotted lines for recording health difficulties.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

Series of horizontal dotted lines for parental recommendations.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Series of horizontal dotted lines for contact information.

OBSERVATIONS

Series of horizontal dotted lines for observations.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

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).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, DT polio, 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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)

Series of horizontal dotted lines for writing the cause of allergy and management.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Series of horizontal dotted lines for recording health difficulties.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

Series of horizontal dotted lines for parental recommendations.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

Series of horizontal dotted lines for address.

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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.

Date :

Signature :

Series of horizontal dotted lines for date and signature.

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Series of horizontal dotted lines for contact information.

OBSERVATIONS

Series of horizontal dotted lines for observations.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

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).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATES DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, DT polio, 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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Table with 5 columns: RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ, SCARLATINE. Rows include COQUELUCHÉ, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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)

Series of horizontal dotted lines for writing the cause of allergy and management.

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

Series of horizontal dotted lines for recording health difficulties.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

Series of horizontal dotted lines for parental recommendations.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

Series of horizontal dotted lines for address.

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

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.

Date :

Signature :

Horizontal dotted line separating the signature section from the next section.

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

Series of horizontal dotted lines for contact information.

OBSERVATIONS

Series of horizontal dotted lines for observations.