

OU

Dossier : DOS20 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Réf. Réservation : \_\_\_\_\_

Les documents suivants concernant l'enfant sont à **ENVOYER IMPÉRATIVEMENT AU MINIMUM 2 SEMAINES AVANT LE DÉBUT DU SÉJOUR** de préférence par mail [sport-nature@hpsn.fr](mailto:sport-nature@hpsn.fr) ou à l'adresse postale :

**HAUTES-PYRÉNÉES SPORT NATURE - Séjours Vacances Juniors - 8 Impasse La Pradette - 65270 SAINT-PÉ-DE-BIGORRE**

- **Fiche Sanitaire de Liaison** dûment complétée et signée (page 1 + page 2)
- **Accueil du participant** (page 3)
- **Attestation d'aisance aquatique** remplie (jointe à ce dossier) par une personne habilitée (page 3)
- Photocopie de l'**attestation de droit CMU** détaillant les bénéficiaires (si vous bénéficiez de la Couverture Maladie Universelle).

En l'absence de ces documents, votre enfant ne pourra pas être accueilli sur le séjour.

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche est à renseigner obligatoirement et en totalité par le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant. Elle permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, nous vous remercions de la compléter avec soins.

Photographie (récente)	<b>1 - L'ENFANT</b> (Écrire en majuscules)	
	NOM _____	PRÉNOM _____
	Date de naissance ___/___/___	<input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille Nationalité _____
	N° portable (s'il en possède un) _____	
	Nom du séjour _____	
Dates du séjour du ___/___/___ au ___/___/___		
<input type="checkbox"/> 9-12 ans <input type="checkbox"/> 13-17 ans <input type="checkbox"/> 14-17 ans		

### 2 - VACCINATIONS (compléter le tableau ou joindre la copie du carnet de santé ou les certificats de vaccinations).

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)	
Ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

**ATTENTION** : Le vaccin antitétanique 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 ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, merci de le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS : Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.)

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... ? Précisez.

---

---

L'enfant mouille-t-il son lit ?  oui  non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  oui  non Consignes particulières : \_\_\_\_\_

Taille de l'enfant : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

#### 5 - RÉGIME ALIMENTAIRE \*

Sans porc  Sans viande  Végétarien

Autres : \_\_\_\_\_

\* Les menus respectent les régimes alimentaires particuliers dans la mesure du possible, nos séjours ne servent pas de cuisine casher ou hallal.

#### 6 - RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Adresse (pendant le séjour) \_\_\_\_\_

---

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) \_\_\_\_\_

L'enfant bénéficie-t-il :  de la CMU.  d'une prise en charge S.S à 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

#### OBLIGATOIRE : PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Tél. Fixe : \_\_\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

#### 7 - AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE DU MINEUR À L'ISSUE DU SÉJOUR

J'AUTORISE  Mme,  Mr, Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ à prendre en charge l'enfant à la fin du séjour.

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant autorise mon enfant à partir sur ce séjour et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales anesthésies comprises) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuelle.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

#### À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

---

---

Observations : \_\_\_\_\_

Cochez la (ou les) case(s) correspondante(s)

### **- ACCUEIL SUR LE CENTRE**

L'accueil des participants se fera à HAUTES-PYRÉNÉES SPORT NATURE. Suivre les panneaux dans SAINT-PÉ-DE-BIGORRE.

Horaires : - Arrivée le 1<sup>er</sup> jour du séjour de 14h00 à 15h00  
- Départ le dernier jour de 14h00 à 15h00



### **- ACCUEIL EN GARE SNCF DE LOURDES**

Joindre la photocopie du billet (au minimum 15 jours avant)

POINT DE RENDEZ-VOUS : Devant le kiosque à journaux du hall de la gare.

La personne chargée de l'accueil sera munie d'un panneau portant le logo de notre structure.

### **- ACCUEIL À L'AÉROPORT DE TARBES-LOURDES PYRÉNÉES**

Joindre la photocopie du billet (au minimum 15 jours avant)

La personne chargée de l'accueil sera munie d'un panneau portant le logo de notre structure.



### **- ACCUEIL EN GARE SNCF DE BORDEAUX (+80 €)**

POINT DE RENDEZ VOUS : Point de rencontre groupes au hall 3

### **- ACCUEIL EN GARE SNCF DE TOULOUSE (+80 €)**

POINT DE RENDEZ VOUS : Sous le panneau d'affichage des trains dans le hall départ

### **- ACCUEIL LA VEILLE DU SÉJOUR** (à partir de 17 heures)

Nous consulter pour l'inscription. Supplément 43,10€

Cette attestation de réussite\* est obligatoire pour la pratique des activités suivantes : voile, windsurf, catamaran, trimaran, croisière, optimist, wakeboard, ski nautique, kitesurf, raft, canoë kayak, beach kayak, eaux vives, surf des vagues, canyoning, plongée.

Si l'enfant possède une **attestation d'aisance aquatique identique** ou le **test de sauve nage**, vous pouvez produire une copie de ce document en lieu et place de la présente attestation.

Je soussigné(e) .....titulaire d'une qualification permettant, conformément aux dispositions du code du sport en vigueur, l'encadrement contre rémunération d'une des activités suivantes : la natation, le canoë kayak, la voile, le canyoning, le surf de vagues.

Titulaire du diplôme n°..... **ET** de la carte pro n°.....

**Cocher la case du diplôme correspondant :**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>BNSSA</b>        | <input type="checkbox"/> <b>BEESAN</b>       | <input type="checkbox"/> <b>MNS</b>          |   |
| <input type="checkbox"/> <b>BEES Canoë</b>   | <input type="checkbox"/> <b>BEES Kayak</b>   | <input type="checkbox"/> <b>BEES Voile</b>   | <input type="checkbox"/> <b>BEES Surf</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>BPJEPS Canoë</b> | <input type="checkbox"/> <b>BPJEPS Kayak</b> | <input type="checkbox"/> <b>BPJEPS Voile</b> | <input type="checkbox"/> <b>BPJEPS Surf</b> |

Autre qualification..... (Joindre copie du diplôme)

Certifie que : Prénom : .....Nom : .....Date de naissance ...../...../.....

a réalisé sans brassière de sécurité **avec succès les 5 épreuves** suivantes :

1. effectuer un saut dans l'eau,
2. réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes,
3. réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes,
4. nager sur le ventre pendant vingt mètres,
5. franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

Fait le ..... à ..... Signature :

\* Ce test de natation a une validité permanente, nous vous recommandons de le garder précieusement. Pour toute utilisation, faites des photocopies.