

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 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)
- **Autorisation de soin et Accueil du participant** (page 3)
- **Attestation d'aisance aquatique** remplie (jointe à ce dossier) par une personne habilitée (page 4)
- Photocopie de l'**attestation de sécurité sociale ou attestation de droit CSS** détaillant les bénéficiaires (si vous bénéficiez de la Couverture Santé Solidaire).
- Photocopie **carte de mutuelle**

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.

1 - L'ENFANT (Écrire en majuscules)

Photographie
(récente)

NOM _____ PRÉNOM _____

Date de naissance ____/____/____ ☐ Garçon ☐ Fille Nationalité _____

N° portable (s'il en possède un) _____

Nom du séjour _____

Dates du séjour du ____/____/____ au ____/____/____

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 ☐

non ☐

VARICELLE

oui ☐

non ☐

ANGINE

oui ☐

non ☐

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ

oui ☐

non ☐

SCARLATINE

oui ☐

non ☐

COQUELUCHE

oui ☐

non ☐

OTITE

oui ☐

non ☐

ROUGEOLE

oui ☐

non ☐

OREILLONS

oui ☐

non ☐

ALLERGIES : ASTHME

oui ☐ non ☐

ALIMENTAIRES

oui ☐ non ☐

MÉDICAMENTEUSES

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 (sans viande, sans poisson)

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 :

L'enfant bénéficie-t-il : ☐ de la CSS.

☐ d'une prise en charge S.S à 100%

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

Pour les enfants confiés à l'ASE :

Nom du référent ASE :

Observations :

OBLIGATOIRE : PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM PRÉNOM

Lien avec l'enfant :

Tél. Fixe : Tél. Portable :

Mail :

Je soussigné(e), responsable légal de l'enfant
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Date :

Signature :

AUTORISATION DE SOINS

Je soussigné(e), _____ 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 mon enfant _____

né le _____ en qualité de responsable légal pendant toute la durée du séjour.

En mon absence j'autorise mon enfant à quitter l'établissement avec le responsable du séjour.

J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuelle.

Date : _____

Signatures (des deux parents ou responsables légaux) :

Parent 1

Parent 2

Responsable légal

ACCUEIL DU PARTICIPANT

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^{er} jour du séjour de 14h00 à 16h00
- Départ le dernier jour de 14h00 à 16h00



- ACCUEIL EN GARE SNCF DE PARIS (+200 €) ☐

POINT DE RENDEZ VOUS : Hall 2 – Pasteur (en face du loueur sixt)

- ACCUEIL EN GARE SNCF DE BORDEAUX (+100 €) ☐

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 45€

ATTESTATION D'AISANCE AQUATIQUE

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 :

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ BNSSA | ☐ BEESAN | ☐ MNS | |
| ☐ BEES Canoë | ☐ BEES Kayak | ☐ BEES Voile | ☐ BEES Surf |
| ☐ BPJEPS Canoë | ☐ BPJEPS Kayak | ☐ BPJEPS Voile | ☐ BPJEPS Surf |

☐ 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.