

RÈGLEMENT

01. Le C.L.J. est un lieu où vous pourrez pratiquer diverses activités sportives, de plein air, socio-éducatives et culturelles,
02. Des animateurs diplômés d'État encadrent les activités,
03. Horaires d'ouverture du C.L.J. : du lundi au vendredi de 9h à 17h30 (repas fourni par les parents)
04. Être âgé de 09 à 17 ans,
05. Une participation financière de est demandée pour les vacances scolaires voir page 2
06. Un certificat médical de moins 1 ans est obligatoire lors de l'inscription mentionnant l'aptitude aux activités sportives. Pour pratiquer la plongée, il sera mentionné « Apte à la plongée subaquatique ».
07. Pour pratiquer les activités nautiques, il est obligatoire de fournir un test d'aisance aquatique,
08. Fournir 1 photo d'identité,
09. La responsabilité du Centre est engagée envers les jeunes quand ceux-ci pratiquent une activité dans les structures du Centre et sont à jour de leur inscription,
10. Une attitude et tenue ainsi qu'un langage correct sont exigés,
11. Le Centre décline toute responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d'objet ou effet personnels.
12. La cotisation, réglée à l'inscription, ne pourra faire l'objet d'un remboursement (sauf certificat médical mentionnant une inaptitude pour la période).

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné,(père, mère ou responsable), autorise mon fils, ma fille à participer à toutes les activités du Centre de Loisirs, y compris les sorties hors de la commune (quel que soit le moyen de transport). Certifie que l'adhérent est couvert par le régime général d'assurance maladie, et par une assurance responsabilité civile.

En outre, j'autorise le Directeur à le (la) faire soigner et à faire pratiquer toute intervention d'urgence à l'Hôpital de compétence territorial.

Ayant pris connaissance du Règlement du Centre, je l'approuve et m'engage à le respecter. Autorise par la présente, le CLJ à réaliser des photographies ou des films représentant mon enfant. Autorise le CLJ à utiliser les photos ou les films visé(s) sur internet ou ses différentes publications. La présente autorisation pourra être révoquée à tout moment. Cette autorisation est incessible.

Le jeune

LES PARENTS OU LES RESPONSABLES

**Signature précédée de la mention manuscrite
"Bon pour autorisation"**

N° MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR CENTRE DE LOISIRS JEUNESSE DE LA POLICE NATIONALE FRÉJUS/SAINT-RAPHAËL

FICHE D'INSCRIPTION VACANCES OCTOBRE

NOM.....

PRÉNOM.....

DATE DE NAISSANCE : A

SEXE : F M

ADRESSE:

CODE POSTAL : VILLE:

MAIL :@.....

Téléphone enfant :

TÉL. PÈRE : PORTABLE **TÉL. MÈRE** : PORTABLE

DOMICILE

DOMICILE

BUREAU

BUREAU

PERSONNE A JOINDRE EN CAS D'URGENCE :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocataire C.A.F. : / M.S.A. :

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

Participation financière : voir ressources familiales CH ESP

Pièces fournies :

AP CM PLONGÉE FS AAA 1 PHOTO

Quartiers :

- LA GABELLE VILLENEUVE L'AGACHON LA LAUVE ASPE
- SAINT SEBASTIEN AUTRE

Première semaine

Deuxième semaine

Afin de calculer le montant de la participation financière, veuillez-nous indiquer votre quotient familiale CAF Quotient familiale est de

Merci de nous fournir le justificatif CAF/MSA obligatoirement.

Si pas de justificatif le tarif le plus élevé sera appliqué

Quotient familial	Tarif pour les petites vacances d'octobre
QF 0 - 850	20€ / par semaine
QF 851 - 1250	25€ / par semaine
QF > 1251	30€ / par semaine

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.

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

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

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

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).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				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 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 ?

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 AIGU 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 le signaler)

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

CERTIFICAT MÉDICAL

Je, soussigné Dr _____, Docteur en médecine,
certifie que l'examen de M/Mlle _____

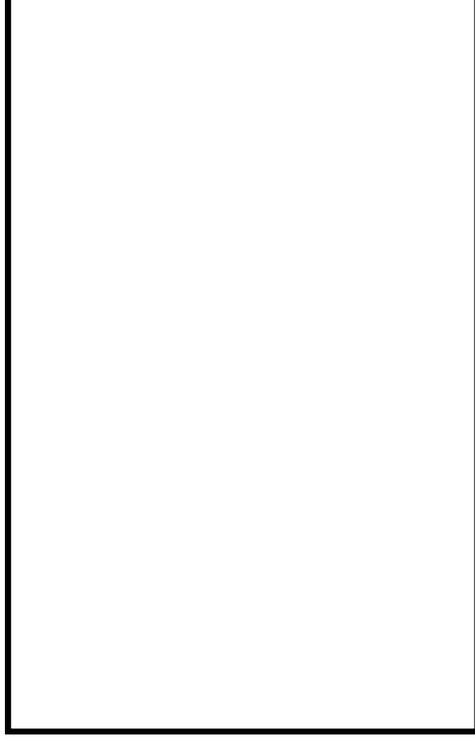
Date de naissance : _____ Âge : _____

ne révèle pas de contre-indication à la pratique des activités sportives y compris la
plongée subaquatique.

Certificat établi à : _____

Date : _____ Signature du médecin : _____

Tampon du médecin



ATTESTATION D' AISANCE AQUATIQUE

Attestation de réussite au test d'aisance aquatique préalable à la pratique des activités aquatiques en Accueils collectifs de mineurs (ACM)

(Arrêté du 25 avril 2012 fixant les modalités d'encadrement et les conditions d'organisation et de pratiques de certaines activités physiques en ACM)

Ce document atteste l'aptitude du mineur à :

- 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 sur 20 mètres
- Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) :
Titulaire du diplôme :
N° :, date de délivrance :/...../.....
Atteste de Mlle, M.
Né(e) le :/...../..... Demeurant à :
.....
.....

A réussi le test.

- avec brassière de sécurité

Fait à :, le (date du test) :/...../.....

Signature :

Qui peut attester le test d'aisance aquatique ?

- Une personne titulaire d'une qualification professionnelle dans les disciplines suivantes : canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyoning, surf de mer, natation et plongée.

- Une personne titulaire d'un brevet national de sécurité et de sauvetage aquatique BNSSA