

# SÉJOURS SPORT NATURE

## A Laguépie (82)

### DOSSIER D'INSCRIPTION 2023

Dossier à retourner par mail ou par courrier à l'adresse suivante 15 jours avant le début du séjour :

Association « Laudinie »  
17 Route de Laudinie  
12270 LA FOUILLADE  
stage.laudinie@gmail.com



Votre demande d'inscription sera validée dès la réception de votre dossier complet comprenant la **totalité des éléments** suivants :

- **Les feuilles de renseignements généraux et sportifs** dûment complétées (feuilles ci-jointes), ainsi que la licence sportive de l'enfant. Si l'enfant n'est pas licencié dans un club sportif, un **certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive** doit être fourni.
- **L'autorisation parentale et de droit à l'image** remplies correctement (feuille ci-jointe)
- **La fiche sanitaire de liaison** (fiche ci-jointe – Ministère Jeunesse et Sports)
- **Une photocopie recto-verso de la carte d'identité + une photo d'identité.**
- **Le formulaire financier** avec la totalité du règlement ou un acompte de 100 euros et le solde à régler au premier jour du stage (à l'ordre de l'association « Laudinie » avec le nom du stagiaire au dos)
- **L'attestation du « Savoir nager 20 mètres »** délivrée par un maître-nageur certifié. **AUCUNE ACTIVITÉ NAUTIQUE ne pourra être réalisée par l'enfant sans cette attestation**

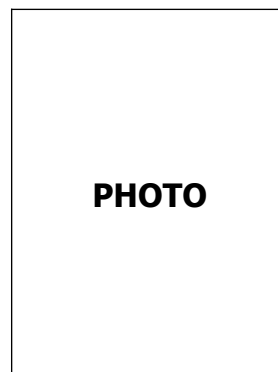
Merci de **NE PAS** agraffer les documents envoyés par courrier.

Vous recevrez ensuite, quelques jours avant le début du stage, la liste des éléments à apporter et la convocation pour le début du séjour.

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX****Stagiaire :**

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe : Fille  Garçon 

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Nom de la mutuelle : .....

**Responsable légal :**

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Tel. domicile : ..... Portable : .....

Email : .....

Dans le cadre du développement de nos stages, nous souhaiterions savoir comment vous avez découvert nos séjours :

- Grâce à un proche (famille, amis...)
- À la suite d'une précédente participation à nos stages (pleine nature ou football à La Fouillade)
- Affiches ou journaux papiers
- Réseaux sociaux (Facebook...)
- Sites internet spécialisés dans les séjours vacances (ex : Kids Vacances...). Le(s)quel(s) : .....
- Autre(s) : .....

## AUTORISATION PARENTALE ET DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) (responsable légal) .....

Demeurant à (adresse).....

Autorise mon enfant .....

À participer aux activités organisées dans le cadre des Séjours de Vacances pleine nature Laudinie.

En outre,

J'autorise le directeur ou l'assistant sanitaire du séjour à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de problème de santé, notamment toute consultation de médecin, et éventuellement toute hospitalisation ou intervention chirurgicale qui serait ordonné par le médecin.

J'autorise l'organisation des séjours à prendre, publier, utiliser la représentation en image de mon enfant à des fins professionnelles (photos et films), sans demander d'indemnisation.

J'autorise l'encadrement des séjours à transporter mon enfant dans un véhicule personnel ou particulier, autocar, minibus, le cas échéant, dans le cadre des stages et de ses activités si besoin.

L'enfant est actuellement couvert par un contrat d'assurance pour la garantie de responsabilité civile par le biais d'un adulte responsable. Je m'engage, en cas de sinistre imputable à la responsabilité de mon enfant, à prendre à ma charge, le montant de la franchise due au tiers lésé.

Nom de l'assurance : ..... Numéro du contrat : .....

Fait à .....

Signature du représentant légal :

(Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé – bon pour autorisation »)

Le .....

**FORMULAIRE FINANCIER**

NOM : ..... Prénom : .....

Semaine(s) choisie(s) : (cochez la ou les cases correspondantes à la semaine choisie)

- Du lundi 7 au vendredi 11 août 2023  
 Du lundi 14 au vendredi 18 août 2023

Formules choisies :

- Prix « demi-pension 5 jours »  
Nombre d'enfant(s) : ..... x 275 € = ..... €
- Prix « pension complète 5 jours »  
Nombre d'enfant(s) : ..... x 325 € = ..... €

MONTANT TOTAL = ..... €

Acompte de 100 € ou totalité à joindre impérativement au dossier = ..... €  
(Avec le Nom Prénom du stagiaire au dos du chèque)

Total du solde restant à régler le premier jour du stage = ..... €

**Attention** : L'association Laudinie se réserve le droit d'annuler une ou plusieurs semaines de stage si le nombre de participants est inférieur à 8 sur une semaine.

En cas d'annulation du stage pour les raisons précisées ci-dessus, l'intégralité du solde envoyé vous sera restituée.

Signature du responsable légal :

**RENSEIGNEMENTS SPORTIFS**

NOM ..... Prénom .....

Licencié dans un club de sport : OUI  NON 

Sport : ..... Numéro de licence : .....

Club : .....

Nombre d'année(s) de pratique : .....

Nombre d'entraînement(s) par semaine : 1 2 3 4 5

Taille : ..... cm Poids : ..... kg Pointure : .....

**Ces informations sont importantes notamment pour l'activité et le prêt des VTT. Merci de bien les renseigner.**Autres sports, loisirs, passions : .....**Si votre enfant n'est pas licencié dans un club de sport, vous devez fournir un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive complété par le médecin de l'enfant.** Sans licence ou certificat médical, l'enfant ne pourra pratiquer d'activités sportives durant le séjour.**Équipement :**

Le premier jour du stage, le stagiaire se verra remettre un équipement, avec notamment un maillot floqué à son effigie (prénom ou surnom). Les renseignements ci-dessous sont nécessaires à la commande.

Taille (ex : XS, S, M, L...) du maillot : .....

Taille du short : .....

Prénom ou surnom à floquer au dos : .....

PS : L'équipement étant commandé avant le début du séjour, il ne pourra être changé.



## MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code De l'action Sociale et des Familles

# 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

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 ?

<b>RUBÉOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

Email : [stage.laudinie@gmail.com](mailto:stage.laudinie@gmail.com)

Adresse : 17, route de Laudinie – 12270 LA FOUILLADE

Téléphone : 07 69 23 15 80



ALLERGIES :    ASTHME                                    oui  non                                     MÉDICAMENTEUSES                                    oui  non   
                      ALIMENTAIRES                                    oui  non                                     AUTRES : .....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication 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**.  
 LES RÉGIMES **PARTICULIERS** DE L'ENFANT (ALIMENTS PROSCRITS, INTOLÉRANCE, ETC.)

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

**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 : .....

*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 :**

