

# Fiche d'inscription

A retourner avant le 13 avril 2018, à votre Comité Départemental

NOM  Prénom

Date de Naissance  /  /  Sexe  F ou  M

Téléphone responsable légal

Email responsable légal

Adhérent à l'association : \_\_\_\_\_

Licence FNSMR n° : \_\_\_\_\_

(Si pas adhérent FNSMR, supplément de 12,50€)

## Autorisation parentale

Nom, Prénom et qualité du responsable légal du mineur : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, prévenir : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Je soussigné(e), Père, Mère, Tuteur, du mineur, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ , autorise le directeur

du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les

interventions d'urgence, selon les prescriptions du corps médical

consulté.

J'autorise ou Je n'autorise pas les prises de photo et

leurs diffu-  sion à des fins représentatives des activi-

tés du CRSMR Occitanie / Pyrénées Méditerranée.

## Règlement à votre CDSMR

Montant : \_\_\_\_\_ €

Chèque n° : \_\_\_\_\_

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

(aucune inscription ne sera prise en compte sans le règlement)

Avec le soutien de la Région  
Occitanie / Pyrénées Méditerranée



Et la participation des Comités Départementaux  
du Sport en Milieu Rural de la Région Occitanie  
Pyrénées-Méditerranée



Comité Départemental 34  
**Sport en Milieu Rural**

CDSMR 34  
Maison Départementale des Sports  
66 Esplanade de l'Égalité, BP7250  
34086 Montpellier Cedex 4

Tél : 06.51.54.24.36.  
Courriel : [contact@cdsmr34.org](mailto:contact@cdsmr34.org)  
[www.cdsmr34.org](http://www.cdsmr34.org) - [fb.com/cdsmr34](https://www.facebook.com/cdsmr34)



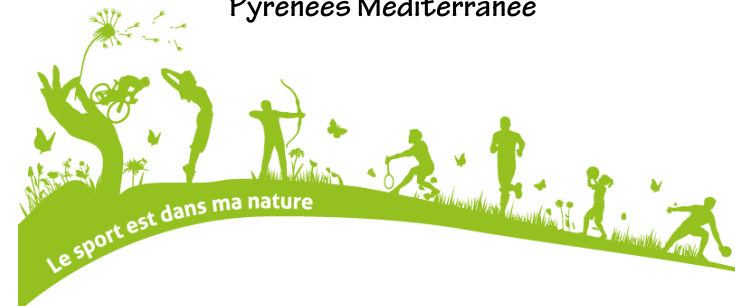
17ème édition !

# SEJOUR JEUNES REGIONAL

Du 21 au 23 avril 2018  
Mialet en Cèvennes (30)



Organisé par le CRSMR Occitanie  
Pyrénées Méditerranée





## WEEK-END JEUNES 2018

COÛT DU SEJOUR : 110€  
(comprend transport, activités, hébergement et  
Restauration)

Participation du CDSMR : 50€

Reste à payer : 60€

### Hébergement au centre « FOYER ROLAND »

## Programme du week-end

Samedi 21 AVRIL :

- 11h30 : Accueil sur le site
- 12h : Pique-nique tiré du sac
- 14h : **Jeux sportifs proposés par les jeunes**
- 17h : Installation au centre
- 19h : Repas au centre
- 20h30 Débat et jeux

Dimanche 22 AVRIL :

- 8h30 : Petit Déjeuner
- 9h30 : **Parc parfum d'aventure  
( tyrolienne, escalad'arbre, pont glissant )**
- 12h : Repas au centre
- 14h : Activité **Geocaching**
- 17h : Temps libre
- 19h : Repas au centre
- 20h30 : **escape game**

Lundi 23 AVRIL :

- 8h30 : Petit déjeuner
- 9h30 : **Découverte de la grotte de Trabuc**
- 12h : Repas au centre
- 14h : Départ

### ATTENTION, NE PAS OUBLIER :

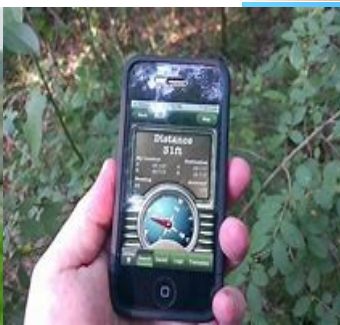
- Pique-nique du samedi midi
- Affaires de toilettes
- Vêtements de rechange et chaussures de sport
- Sac de couchage

Je pense à retourner  
ma fiche d'inscription,  
mon règlement et ma  
fiche sanitaire avant le  
13 avril 2018 !

### INFOS PRATIQUES :

> Toutes les activités sont encadrées  
par des moniteurs techniques diplômés.

> Le matériel spécifique à chacune d'elles  
et le transport sont assurés.





## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### 1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_  
PRENOM : \_\_\_\_\_  
DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
GARCON  FILLE

DATES ET LIEU DE SEJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE EVITE DE VOUS DEMUNIR DE SON CARNET DE SANTE ET VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR.

### 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 RECOMMANDES	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 MEDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

### 3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 marqués au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE 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  MEDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si automédication le signaler)

### INDIQUEZ CI-APRES :

LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PECAUTIONS A PRENDRE**.

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

Votre enfant mouille-t-il son lit ? oui  non  parfois

### 4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES , ETC... PRECISEZ.

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

Autorisez-vous votre enfant à fumer pendant le séjour ? oui  non

### 5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM ..... PRENOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SEJOUR) .....

.....

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

NOM ET TEL DU MEDECIN 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

COORDONNEES DE L'ORGANISTEUR DU SEJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

### OBSERVATIONS

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