



BULLETIN D'INSCRIPTION

A retourner : **Inscription individuelle** : à C.J.H. - B.P. N° 60882 - 78108 SAINT-GERMAIN EN LAYE CEDEX

TÉL : 01 39 73 41 41 - FAX : 01 39 73 40 46 - MAIL : cjh@compagnons.asso.fr



Photo d'identité
mettre Nom et Prénom au dos

CENTRE :
SESSION : Noël Février Printemps Juillet Août Automne
Dates extrêmes du séjour : Du au
A L'ALLER
Conduirez-vous votre enfant directement **au centre de vacances**
 Oui
AU RETOUR
Reprendrez-vous votre enfant directement **du centre de vacances**
 Oui

Cachet du C.E. ou de la COLLECTIVITÉ

1 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PARTICIPANT

(écrire lisiblement en majuscules)

1 NOM du PARTICIPANT
PRÉNOM
Date de naissance :
Lieu de naissance :
Age : ans Sexe : Féminin Masculin
Nationalité :

CENTRES DE NEIGE
Taille de l'enfant (en cm)
Tour de tête (en cm)
Pointure Chaussures de ville Poids
CHOIX DE L'ACTIVITÉ, SELON LE CENTRE CHOI SI :
(Mettre une croix dans la SEULE case correspondant au choix du participant)
 SKI UNIQUEMENT (NIVEAU ACTUEL)
Ski : Débutant Flocon Étoile : 1 2 3 ou plus.....
 SURF UNIQUEMENT (à partir de 10 ans) (NIVEAU ACTUEL)
Surf : Débutant Initial Surf : 1 2 3 ou plus.....

2 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

(écrire lisiblement en majuscules)

2 NOM et PRÉNOM et PORTABLE :
du Responsable légal de l'enfant*, ou Tuteur légal*
Adresse : N° Rue
Bâtiment Code Postal Ville
Téléphones : **Domicile Heures où l'on peut vous y joindre :
**Portable Père Bureau Père :
**Portable Mère Bureau Mère :
****E.Mail de la famille :**
ECRIRE EN LETTRE MAJUSCULE
**Personne à contacter en cas d'absence des parents : M. Mme :
**Adresse :
**Téléphones : Domicile Bureau Poste
Profession du Responsable légal* ou du Tuteur* : Est-il Assuré Social : Oui Non
N° de Sécurité Sociale :
Centre payeur : N° Adresse complète :
Adhérez-vous à : une Mutuelle une Caisse Complémentaire Si oui, quelles sont ses coordonnées précises :
Situation familiale : Marié(e) Veuve Veuf Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire Vie Maritale (1)
(1) A qui a été confiée la garde de l'enfant : au Père à la Mère au Tuteur : M* Mme* :

3 COURRIER

3 Les équipes de maîtrise pointent uniquement l'expédition du courrier aux parents. Pour les plus jeunes, préparer les enveloppes timbrées, libellées à l'adresse voulue, PENDANT LES VACANCES, L'ENFANT DEVRA ECRIRE : A SES PARENTS, M. et Mme
En cas de divorce ou de séparation : à la personne investie de l'autorité parentale ou du droit de garde :
Sa Mère* Son Père* Son Tuteur* (* Rayer la mention inutile) : Mme* M*
Adresse :

4 VISITES AU CENTRE

4 Pour des raisons évidentes de sécurité, LES DIRECTEURS DES CENTRES DE VACANCES NE CONFIERONT L'ENFANT A UN TIERS QUE SUR PRESENTATION D'UNE AUTORISATION EXPRESSE DE LA PERSONNE INVESTIE DE L'AUTORITE PARENTALE OU DU DROIT DE GARDE (Père, Mère, Tuteur). Une décharge de responsabilité sera signée par la personne ainsi mandatée.
Le Directeur refusera toute visite à une personne qui ne serait pas en possession de cette autorisation écrite,
EN CAS DE DIVORCE OU DE SEPARATION, compléter formellement le cadre ci-dessous (*Rayer la mention inutile) :
JE SOUSSIGNE(E) Responsable légal(e)
investi(e) de l'autorité parentale* ou de la garde de l'enfant*, AUTORISE* N' AUTORISE PAS* SA MERE* SON PERE*
M* ou Mme* A RENDRE VISITE A L'ENFANT EN COURS DE SEJOUR*,
A LE PRENDRE EN CHARGE A LA FIN DU SEJOUR*. Je remets à mon ex-conjoint une autorisation écrite pour lui permettre
cette visite* ou cette prise en charge*.
Signature :

Je soussigné(e) Nom, prénom :
Père* Mère* Tuteur* autorise mon fils* ma fille* à participer au séjour organisé par les C.J.H. pendant les vacances scolaires de.....ou à celui qui pourrait exceptionnellement le remplacer, et d'y pratiquer la ou les activités programmées.
Je certifie avoir pris connaissance du règlement et des modalités financières exposés au verso de la présente et les avoir acceptés quant à l'ensemble de leurs rubriques.

A Le
Signature obligatoire
précédée de la mention "Lu et approuvé".

* Rayer la mention inutile
**Champs Obligatoires



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

ISO 9001

BUREAU VERITAS
Certification



CENTRE SEJOUR DU / AU /

Cette fiche doit nous être obligatoirement retournée avec le bulletin d'inscription. Ne dissociez jamais les deux documents.
Remplissez cette fiche avec le plus grand soin : elle est indispensable pour un bon suivi sanitaire.

NOM du PARTICIPANT PRÉNOM

NÉ(E) LE / / AGE : ANS POIDS : kg SEXE : Masculin Féminin

Coordonnées des parents : nom, prénom, adresse :

Tél. bur. : Tél. dom. :

1

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
DT polio				Hépatite B	
Ou Tétracoq				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Coqueluche	
				BCG	
				Autres (préciser)	

Si l'enfant n'est pas vacciné, pour quelles raisons ?
Joindre le certificat médical de contre-indication (attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication).

2

SÉRUMS

ANTI-TÉTANIQUE Date de la dernière injection : / /
AUTRES : (indiquez la nature et la date)

3

MALADIES ALLERGIES

L'enfant a-t-il déjà eu :

ANGINES : OUI NON RUBÉOLE : OUI NON VARICELLE : OUI NON

OTITES : OUI NON RHUMATISMES : OUI NON SCARLATINE : OUI NON

AUTRES : COQUELUCHE : OUI NON ROUGEOLE : OUI NON

OREILLONS : OUI NON CONVULSIONS : OUI NON

ALLERGIES : OUI NON

ASTHME : OUI NON ALIMENTAIRES : OUI NON MÉDICAMENTEUSES : OUI NON AUTRES :

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (si l'enfant a l'habitude de prendre lui-même ses médicaments, le signaler)

4

INTERVENTIONS CHIRURGICALES ET HOSPITALISATIONS

APPENDICITE : OUI NON AUTRES OPÉRATIONS
RÉÉDUCATION
HOSPITALISATIONS (Dates et motifs)

5

ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? RÉGULIÈREMENT : OUI NON OCCASIONNELLEMENT : OUI NON

Dans l'affirmative, ajouter au trousseau : 1 alaise et 2 pyjamas supplémentaires.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée : OUI NON RÉGULIÈREMENT : OUI NON

Urines : Albumine : OUI NON Sucre : OUI NON

L'enfant suit-il un traitement ? OUI NON Si oui, lequel

DEVRA-T-IL SUIVRE UN TRAITEMENT 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 VIENDRA-T-IL AU CENTRE AVEC :

- UNE PROTHÈSE DENTAIRE : OUI NON Quand doit-il la porter ?

- DES LUNETTES : OUI NON Quand doit-il les porter ?

- Autres :

6

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Ces renseignements sont strictement confidentiels. N'hésitez pas à mentionner tous les éléments qui permettront d'apporter le meilleur confort physique et moral à votre enfant, pendant son séjour :

Je déclare exacts les renseignements portés sur la fiche sanitaire.

Je laisse toute latitude au Directeur du séjour de faire pratiquer, sur décision du corps médical, tout traitement ou intervention chirurgicale rendus nécessaires par l'état de santé de mon enfant. J'autorise mon fils, ma fille à rentrer ou sortir de l'établissement médical (hôpital, clinique ou autre) avec le responsable accompagnant de l'encadrement du centre de vacances.

A Le

Signature obligatoire
précédée de la mention "Lu et Approuvé"

IMPORTANT : Ne remettez jamais à votre enfant l'original du carnet de santé. Si vous le jugez utile, joignez-en une copie à la présente fiche sanitaire.

Bureaux : 26, rue Jean-Jaurès - B.P. 60882 - 78108 SAINT-GERMAIN EN LAYE CEDEX - Téléphone 01 39 73 41 41 - Télécopie 01 39 73 40 46

www.compagnons.asso.fr - cjh@compagnons.asso.fr

TEST AQUATIQUE ET NAUTIQUE A FAIRE REMPLIR ET SIGNER PAR UN MAITRE NAGEUR SAUVETEUR

Selon les textes actuels en vigueur réglementant les activités physiques organisées par les mineurs accueillis collectivement pendant les vacances scolaires, les congés professionnels et les loisirs, est exigée une attestation de réussite pouvant être réalisée en piscine.

Ce document peut être délivrée par une personne titulaire des diplômes suivants :

- du Brevet National de Sécurité Aquatique (BNSSA)
- du Diplôme d'Etat de maître nageur sauveteur (DE de MNS)
- du Brevet d'Etat d'Educateur Sportif des Activités de la Natation (B.E.E.S.A.N.) ou tout autre BE des spécialités nautiques considérées
- soit par les autorités de l'Education Nationale dans le cadre scolaire.

Laquelle attestera de l'aptitude du mineur à :

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

Ce test peut être réalisé en piscine.

Dans les cas prévus, ce test peut être réalisé avec une brassière de sécurité.

L'absence de réussite à ce test induira l'impossibilité à participer aux activités nautiques. Des activités de substitution seront alors proposées



Tests préalables à la pratique des activités aquatiques et nautiques (canoë-kayak et disciplines associées, descente de canyon, ski nautique et voile) en accueils collectifs de mineurs.

Je soussigné (Nom, Prénom) :

Titulaire du diplôme :

Numéro du diplôme :

Atteste que Melle, M. né(e) le

Demeurant à

A réussi le test

à la piscine *

Test réalisé : au plan d'eau de*

* rayer la mention inutile

Fait à

Le

Signature du Maître Nageur :

Cachet de la piscine ou du plan d'eau



REGLEMENT DES CENTRES DE VACANCES, SEJOURS ET RAIDS ORGANISES PAR LES COMPAGNONS DES JOURS HEUREUX

ACCEPTATION INDISPENSABLE PAR TOUS LES JEUNES DE 12 ANS ET PLUS

Pour que le séjour se déroule dans les meilleures conditions pour l'ensemble des participants, chacun s'engage à respecter les règles élémentaires suivantes :

1. Le participant s'engage à respecter les règles générales fixées par l'équipe d'encadrement : horaires du réveil et du coucher, horaire et rythme des activités ; règles de vie à l'intérieur des locaux communs ; regroupement à l'issue des quartiers libres ; mixité non admise dans les lieux sommeil, etc.
2. Il s'engage à participer au centre de vacances ou au Raid, dans le bon respect de relations cordiales et conviviales, dont sont exclus toute attitude violente et discriminatoire, tout langage insolent, vulgaire ou grossier, tant à l'égard des adultes que des autres participants.
3. L'achat et/ou la consommation de boissons alcoolisées est strictement interdite, à l'intérieur du centre comme à l'extérieur.
4. La détention et/ou la consommation de drogue, quelle qu'elle soit, est strictement interdite, à l'intérieur du centre comme à l'extérieur. La drogue que pourrait éventuellement détenir le participant sera immédiatement détruite.
5. Il est formellement interdit par les lois en vigueur de fumer, tant dans son centre de vacances que dans son enceinte. Les lois seront strictement appliquées.
6. Toutes formes de prosélytisme quel qu'il soit ne sera pas toléré.
7. Le vol et/ou le vandalisme, la destruction volontaire de matériel appartenant à l'Association ou à un tiers quelconque sont strictement intolérables. La réparation des dommages sera due par les parents, aucune assurance n'acceptant de couvrir ces risques. Au cas où la victime du vol ou de l'acte de vandalisme porterait plainte auprès des autorités de police, LES COMPAGNONS DES JOURS HEUREUX dérogent entièrement leur responsabilité et ne pourront se porter ni caution ni garants.

En cas de manquement à l'une de ces règles, un renvoi disciplinaire du participant pourra être envisagé par l'Association LES COMPAGNONS DES JOURS HEUREUX, en liaison avec sa famille. Dans ce cas, aucun remboursement partiel du séjour ou de ses composantes ne sera dû par l'Association. Les frais de retour et d'accompagnement éventuel seront à la charge intégrale de la famille.

Voir au dos



ACCEPTATION DU REGLEMENT DES CENTRES DE VACANCES ORGANISES PAR LES COMPAGNONS DES JOURS HEUREUX

*Rayer les mentions inutiles

Je soussigné, M* Mme*

Père* Mère* Tuteur* de l'enfant

Adresse complète

.....

Téléphone domicile Téléphone Professionnel

Certifie avoir pris connaissance du règlement figurant au verso du présent document et déclare l'accepter.

En mon absence, je délègue tous pouvoirs pour l'accueil de mon fils ma fille*, en cas de renvoi disciplinaire, à :
(donnez si possible les coordonnées de votre correspondant en FRANCE, parent ou ami, en vous assurant qu'il/elle sera effectivement présent/e à son domicile à la période de vacances concernée)

M* Mme*

Adresse complète

.....

Téléphone domicile Téléphone Professionnel

Dans tous les cas, LES COMPAGNONS DES JOURS HEUREUX me contacteront prioritairement pour l'organisation éventuelle du retour anticipé de mon enfant.

Fait à Le

Signature des parents précédée de la mention
"Lu et approuvé, bon pour accord" :

Signature du participant précédée de la mention
"Lu et approuvé, bon pour accord" :

**ACCEPTATION INDISPENSABLE
PAR TOUS LES JEUNES DE 12 ANS ET PLUS**