

# Séjour Gym & multi-activités

Juillet 2019



COMITÉ RÉGIONAL  
NOUVELLE-AQUITAINE



## INFORMATIONS

**Séjour 6-10 ans**  
Du 07/07 au 13/07/2019

-----  
**Séjour 11-15 ans**  
Du 14/07 au 21/07/2019

-----  
**Séjour 10 ans et plus**  
(niveau de Gym requis, cf. fiche d'inscription)  
Du 21/07 au 27/07/2019

## TARIFS

Pension complète : 370 €  
Demi-pension : 300 €

### Contact

TEL : 09.81.97.47.44

EMAIL : [fscf.nouvelle.aquitaine@gmail.com](mailto:fscf.nouvelle.aquitaine@gmail.com)

## SEJOUR à DAX (40)

Juillet 2019

### FICHE D'INSCRIPTION et SANITAIRE DE LIAISON

à retourner au plus tard pour le 20 mai 2019 par courrier ou mail

Prénom et Nom du participant : .....

Date de naissance : ..... Age : ..... ans

Adresse complète : .....

Téléphone : ..... Portable : ..... Email : .....

Nom du responsable légal : ..... Tel du responsable légal : .....

Mail du responsable légal : .....

Nom du club : ..... Numéro de licence F.S.C.F (obligatoire) : .....

Niveau de gym : .....

**Tarif du séjour : 370 € en pension complète – 300 € en demi-pension**

Choix du séjour :

**Séjour 6-10 ans – du 07/07/2019 au 13/07/2019**

Pour tous les poussin(e)s ou première année pupilles/jeunesses, sans niveau prérequis.

**Séjour 11-15 ans – 14/07 au 21/07/2019**

Pour tous les pupilles (hors 1<sup>ère</sup> année) et les 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année adulte : sans niveau prérequis.

Pour toutes les jeunes (hors 1<sup>ère</sup> année) et les 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> année aînées : sans niveau prérequis.

**Séjours 10ans et + : 21/07 au 27/07**

**Niveau minimum de gym requis – Merci de cocher les cases des acquis de l'enfant :**

- Sol** : rondade + salto arrière tendu ET salto avant groupé
- Saut** : lune pour les garçons ; 1/2tour-1/2 tour pour les filles
- Barres** : bascule (barre basse et supérieure) ET tour appui arrière décollé ET sortie salto
- Poutre** : Rondade ou Flip ET sortie salto avant ou arrière
- Barre fixe** : bascule ET grand rétablissement ET sortie salto
- Parallèles** : bascule de fond ET balancé ATR ET équerre
- Arçons** : appuis et transfert d'appuis
- Anneaux** : disloque avant ET sortie salto

**1 -VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre une photocopie).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT polio			
Ou Tétracoq			

CES INFORMATIONS SONT INDISPENSABLES ET ÉVITENT DE VOUS MUNIR DU CARNET DE SANTE DE VOTRE ENFANT. S'IL N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, VOTRE ENFANT NE POURRA PAS ETRE ACCEPTE OU JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION (ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION).

**2 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE PARTICIPANT**

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? 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.

LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ 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  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À 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**.

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

**3 -RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT A-T-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER, PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... ?

MERCI DE PRÉCISER

.....  
 .....

#### 4 –DIVERS

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

AUTRE PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE : ..... TEL : .....

*Je soussigné(e), ....., responsable légal(e), autorise mon enfant à :*

- *participer au séjour à DAX qui aura lieu en juillet 2019*
- *être transporté en car*
- *être transporté en voiture par un membre de l'équipe d'animation*
- *participer aux activités proposées (notamment gymnastique, activités multisports...)*
- *se rendre à la baignade encadrée par l'équipe d'animation : OUI  NON*
- *Mon enfant sait nager : OUI  NON*

**Je joins le règlement\* de 370 € (pension complète) ou 300 € (demi-pension)**

*\* Moyens de paiement acceptés : espèces, chèque (libellé à l'ordre de : FSCF NOUVELLE-AQUITAINE) il est possible de payer en 5 fois sans frais (indiquer à l'arrière des chèques le mois où vous souhaitez être encaissé).*

- Je déclare exacts tous les renseignements portés sur cette fiche*
- J'autorise l'organisateur du séjour à utiliser les photos et vidéos de mon enfant à des fins de communication*
- J'autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je serai tenu(e) informé(e) aussi vite que possible.*

Date :            /            / 2019            Signature :