

DOSSIER D'INSCRIPTION

SÉJOUR SURF

Du 6 au 11
juillet 2025

mon Pass' sports VACANCES



PIECES A FOURNIR SÉJOUR SURF

Voici la liste des pièces à joindre au dossier pour l'inscription pour qu'il soit complet.

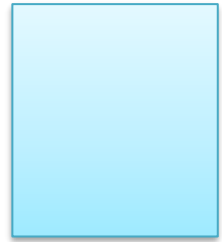
- Dossier complété
- Attestation médical jointe
- Attestation de quotient familial CAF
- Photo de l'enfant
- Attestation de natation
- Attestation d'assurance extrascolaire
- Paiement : chèque à l'ordre de « Régie de recettes CDC Aunis Atlantique »
Il est également possible de régler en chèques vacances,

→ **Pas de réservation sans un dossier complet.**

FICHE ENFANT

ENFANT

Nom : Prénom :
Age : Sexe
Etablissement scolaire et classe :
Nationalité : Né(e) le
Taille : Poids : Pointure :



PARENTS

Nom et Prénom parent 1 : Nom et prénom parent 2 :
Adresse : Adresse :
Né le : à : Né(e) le : à :
Nationalité : Nationalité :
Tél 1 : Tél 1 :
Tél pro : Tél pro :
E-mail : E-mail :
N° allocataire CAF : N° allocataire CAF :
Profession : Profession :
Autorité parentale : oui non Autorité parentale : oui non

PERSONNES AUTORISEES ET A CONTACTER

Nom Prénom :
Adresse :
Tel 1 : Lien de famille :

Nom : Prénom :
Adresse :
Tel 1 : Lien de famille :

Nous soussignés, Madame et Monsieur

- Autorise(nt) ou n'autorise(nt) pas mon enfant à renter seul.
- Autorise(nt) les personnes ci-dessous à venir chercher mon enfant à la structure sur présentation d'une pièce d'identité

FICHE SANITAIRE DE LIASON (1/2)

Cerfa
N°10008*02

ENFANT

Nom :
Prénom :

Date de Naissance :
Garçon Fille :

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous munir de son carnet de santé.

VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

Vaccins	oui	non	Dates des rappels	Vaccins suite	Dates des vaccins
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 médical de contre-indication

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 (boite marquée au nom de l'enfant)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnances

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes,

Rubéole Oui non	Varicelle Oui non	Angine Oui non	Scarlatine Oui non	Rhumatisme articulaire aigu Oui non
Coqueluche Oui non	Otite Oui non	Rougeole Oui non	Oreillons Oui non	

ALLERGIES : Asthme oui non
Alimentaires oui non

Médicamenteuses : oui non
Autres :

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES AUNIS ATLANTIQUE
Pass'Sports Vacances
200 rue de la Juillerie – 17170 Ferrières
05 46 68 92 93 – pass-sports@aunisatlantique.fr

FICHE SANITAIRE DE LIASON (2/2)

Cerfa
N°10008*02

ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Garçon Fille :

Nom et téléphone du médecin traitant :

INDIQUEZ CI-APRES :

Les difficultés de santé (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation.....)
en précisant les dates et les précautions à prendre.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses auditives,Précisez :

Je soussigné responsable légal de l'enfant,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les responsables du séjour à prendre, le
cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues
nécessaires par l'état de mon enfant.

Date :

Signature :



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES AUNIS ATLANTIQUE
Pass'Sports Vacances
200 rue de la Juillerie – 17170 Ferrières
05 46 68 92 93 – pass-sports@aunislantique.fr

AUTORISATION (1/2)

Enfant :
Parent 1 :
Parent 2 :

AUTORISATIONS AUX SOINS

(Rayer les mentions non autorisées)

Nous soussignés, Madame et
Monsieur.....

Autorise(nt) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

Décharge(nt) la direction de la structure de toutes responsabilités jusqu'à l'hôpital.

Autorise(nt) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

Les personnes mentionnées ci-dessus devant être prévenues dans les plus brefs délais.

Demande(nt) au personnel de la structure :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer, sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance.
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité
- En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité les antipyrétiques, selon les prescriptions d'un médecin.
- D'administrer des granules ou crèmes homéopathiques en cas de chutes.

Certifie(nt) n'avoir rajouté aucunes substances aux médicaments prescrits à mon enfant pendant toute la durée du séjour et que les médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

A :

Le :

Signature des parents

AUTORISATION DE FILMER / PHOTOGRAPHER

(Rayer les mentions non autorisées)

Nous soussignés, Madame et Monsieur
.....

Autorise(nt) que mon/notre enfant soit filmé/ou photographié à des fins d'utilisation par :

- La structure elle-même (journal interne)
- Le service communication de la CDC
- La presse
- Le site internet et la page Facebook de la CDC
- Les stagiaires, dans le cadre de leur rapport de stage

S'engage à n'utiliser les photos ou films qui leur seront transmis que dans le cadre familial.

A :

Le :

Signature des parents



AUTORISATION (2/2)

Enfant :
Parent 1 :
Parent 2 :

AUTORISATION DE CONSULTER LE SITE CAF CDAP

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Autorise(nt) la direction à consulter mon/notre dossier allocataire CAF sur le portail CDAP afin d'accéder directement aux informations à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

A :

Le :

Signature des parents

AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Autorise(nt) mon/notre enfant à participer aux sorties organisées par la structure et à effectuer les trajets liés à l'activité Pass'Sports Vacances dans les véhicules appartenant à la Communauté de Communes.

A :

Le :

Signature des parents

AUTORISATION DE TRANSPORTS EN COMMUN

Nous soussignés, Madame et Monsieur

Autorise(nt) mon/notre enfant prendre un moyen de transport en commun si une activité le nécessite.

A :

Le :

Signature des parents



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES AUNIS ATLANTIQUE
Pass'Sports Vacances
200 rue de la Juillerie – 17170 Ferrières
05 46 68 92 93 – pass-sports@aunislantique.fr

RÈGLEMENT DE VIE DU SÉJOUR SURF

Tu t'apprêtes à participer à un séjour surf avec la Communauté de Communes Aunis Atlantique. Ce séjour est avant tout, une semaine dédiée aux joies des sports de glisse et de plage au bord de la Mer.

La bonne humeur, le dynamisme et le respect de chacun seront des objectifs de tous.

Cependant l'équipe d'animation du séjour instaure un règlement de vie qui concerne tous les participants. Les règles établies ci-dessous seront non négociables.

Règle n°1 : La vie en collectivité

- Nous logerons au centre d'hébergement « La Martière » à St Pierre D'Oléron, il convient donc de respecter toutes les personnes présentes et leur tranquillité et aussi le personnel de l'établissement (cuisiniers, serveurs, femmes de ménage...). Pour cela, pas de cris ni de courses dans les couloirs et la musique ne sera pas autorisée dans les chambres après 22h00.
- Le petit déjeuner est fixé à 8h30, le déjeuner à 12h15 et le dîner à 19h45. Ces horaires devront être respectés et nous demandons de rester à table jusqu'à la fin du repas.
- Le respect des autres et des éducateurs, le respect du matériel, la politesse et l'emploi d'un langage correct sans insultes ou violence sont des principes fondamentaux.

Règle n°2 : Les sorties/les soirées

- Nous autorisons les sorties en ville mais toujours accompagnées d'un animateur.
- Des soirées à thèmes seront organisées par l'équipe d'animation.
- Le coucher est fixé à 22h30

Règle n°3 : Hygiène de vie

- Aucun jeune ne sera autorisé à consommer ou acheter de l'alcool et du tabac.
- La consommation de stupéfiants est évidemment **INTERDITE**. La découverte de drogue, sa consommation engendrera le retour immédiat de l'enfant chez lui aux frais de ses parents.
- La mixité dans les chambres n'est pas autorisée.

Règle n°4 : Les objets personnels

- Nous déconseillons aux jeunes d'emmener tout objet de valeur (téléphone portable, MP3, consoles ou autres objets de valeurs tels que des bijoux).
- En cas de perte ou de vol, la collectivité se dégage de toute responsabilité.

Signature des parents

Signature du jeune



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES AUNIS ATLANTIQUE
Pass'Sports Vacances
200 rue de la Juillerie – 17170 Ferrières
05 46 68 92 93 – pass-sports@aunisatlantique.fr

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Ces informations seront transmises aux moniteurs de surf, pour l'organisation des cours et la réservation du matériel.

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Age :

Taille :

Poids :

Niveau de surf : (déjà pratiqué)

Niveau de natation (joindre attestation) * :

** Pour l'activité surf, il est obligatoire de savoir nager. Le diplôme de natation ou l'attestation d'aptitude à la pratique des activités nautiques doit être joint au dossier.*



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES AUNIS ATLANTIQUE
Pass'Sports Vacances
200 rue de la Juillerie – 17170 Ferrières
05 46 68 92 93 – pass-sports@aunisatlantique.fr

ATTESTATION MÉDICAL

QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ DU SPORTIF MINEUR

EN VUE DE LA PRATIQUE SPORTIVE ET DE L'INSCRIPTION AU PASS SPORT VACANCES

CE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ EST CONFORME A L'[ARTICLE 2 DE L'ARRÊTÉ DU 7 MAI 2021](#)

Information à destination des parents ou de la personne ayant l'autorité parentale : **Il est préférable que ce questionnaire soit complété par votre enfant.** C'est à vous d'estimer à quel âge il est capable de le faire.

Il est de votre responsabilité de vous assurer que le questionnaire est correctement complété et de suivre les instructions en fonction des réponses données.

Faire du sport, c'est recommandé pour toutes et tous. En as-tu parlé avec un médecin ? T'a-t-il examiné (e) pour te conseiller ?

Ce questionnaire n'est pas un contrôle.

Tu réponds par OUI ou par NON. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses

Tu es une fille <input type="checkbox"/> un garçon <input type="checkbox"/>	Ton âge : ans	
	OUI	NON
Depuis l'année dernière		
Es-tu allé.e à l'hôpital pendant toute une journée ou plusieurs jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu été opéré.e ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup plus grandi que les autres années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu beaucoup maigri ou grossi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu la tête qui tourne pendant un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu perdu connaissance ou es-tu tombé sans te souvenir de ce qui s'était passé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu reçu un ou plusieurs chocs violents qui t'ont obligé à interrompre un moment une séance de sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer pendant un effort par rapport à l'habitude ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu beaucoup de mal à respirer après un effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu eu mal dans la poitrine ou des palpitations (le cœur qui bat très vite) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu commencé à prendre un nouveau médicament tous les jours et pour longtemps ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
As-tu arrêté le sport à cause d'un problème de santé pendant un mois ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES AUNIS ATLANTIQUE
Pass'Sports Vacances
200 rue de la Juillerie – 17170 Ferrières
05 46 68 92 93 – pass-sports@aunisatlantique.fr

Depuis un certain temps (plus de 2 semaines)		
<i>Te sens-tu très fatigué.e ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>As-tu du mal à t'endormir ou te réveilles-tu souvent dans la nuit ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sens-tu que tu as moins faim ? que tu manges moins ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Te sens-tu triste ou inquiet ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pleures-tu plus souvent ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Ressens-tu une douleur ou un manque de force à cause d'une blessure que tu t'es faite cette année ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aujourd'hui		
<i>Penses-tu quelquefois à arrêter de pratiquer du sport ou à changer de sport ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Penses-tu avoir besoin de voir ton médecin pour continuer le sport ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Souhaites-tu signaler quelque chose de plus concernant ta santé ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Questions à faire remplir par tes parents		
<i>Quelqu'un dans votre famille proche a-t-il eu une maladie grave du cœur ou du cerveau, ou est-il décédé subitement avant l'âge de 50 ans ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Êtes-vous inquiet pour son poids ? Trouvez-vous qu'il se nourrit trop ou pas assez ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Avez-vous manqué l'examen de santé prévu à l'âge de votre enfant chez le médecin ? (Cet examen médical est prévu à l'âge de 2 ans, 3 ans, 4 ans, 5 ans, entre 8 et 9 ans, entre 11 et 13 ans et entre 15 et 16 ans).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SI TU AS RÉPONDU OUI À UNE OU PLUSIEURS QUESTIONS, tu dois consulter un médecin pour qu'il t'examine et voit avec toi quel sport te convient. Au moment de la visite, montre-lui ce questionnaire de santé rempli.

SI TU AS RÉPONDU NON À TOUTES LES QUESTIONS, tu n'as pas besoin de présenter un certificat médical lors de ton inscription. Tu peux donc pratiquer une ou plusieurs activités sportives de ton choix, à l'exception de certaines activités sportives à contraintes particulières pour lesquelles un certificat médical reste nécessaire. Pour connaître la liste de ces activités renseigne-toi auprès de ton club.

CE QUESTIONNAIRE EST STRICTEMENT PERSONNEL.



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES AUNIS ATLANTIQUE
 Pass'Sports Vacances
 200 rue de la Juillerie – 17170 Ferrières
 05 46 68 92 93 – pass-sports@aunislantique.fr