



FICHE D'INSCRIPTION OXYGERS

HIVER - PRINTEMPS - ÉTÉ - AUTOMNE

NOM : **PRÉNOM :**

Sexe : Filles Garçon **Date de naissance :** **né(e) à :**

Taille : **Poids :** **Pointure :** **Tour de tête :**

Niveau ski (séjour hiver) : Débutant Moyen Confirmé

Possibilité
de combiner
2 séjours et 2 thèmes
(pension complète
offerte entre
les séjours)

PARENTS (ou représentant légal) : **Nom :** **Prénom :**

Adresse :

Code postal : **Ville :**

Tél. Mère : Domicile : **Portable :**

Bureau : **E-mail :**

Tél. Père : Domicile : **Portable :**

Bureau : **E-mail :**

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT : Père et Mère Père Mère Tuteur

Dans l'impossibilité de joindre les parents, indiquer le nom et le numéro de téléphone d'un proche :

J'autorise mon enfant à pratiquer toutes activités prévues au programme : oui non

À l'exception de

Inscription via : N° de commande :

TITRE DU SÉJOUR :

Période du : au :

Assurance annulation : + 20€ par enfant

Chèque CB ANCV PRISE EN CHARGE

PRIX :

TITRE DU SÉJOUR :

Période du : au :

Assurance annulation : + 20€ par enfant

Chèque CB ANCV PRISE EN CHARGE

PRIX :

(joindre un chèque à l'ordre d'OXYGERS, bons CAF, MSA et chèques vacances acceptés)

DOCUMENTS A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Fiche d'inscription + fiche sanitaire de liaison
- Certificat médical d'aptitudes aux sports
- Copie de la carte vitale ou attestation CMU
- Copie de la mutuelle en cours de validité à la date du séjour
- Test d'aptitude à la pratique d'activités aquatiques

DOCUMENTS SUPPLÉMENTAIRES A FOURNIR POUR L'ESPAGNE

(à mettre dans la valise le jour du départ)

- CNI ou Passeport (en cours de validité)
- Carte européenne d'assurance maladie
- Autorisation de sortie du territoire
- Copie pièce identité du parent signataire

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le règlement intérieur est à votre disposition sur simple demande. En cas d'indiscipline caractérisée, l'équipe de direction du centre de vacances se réserve le droit de renvoyer en rapatriement disciplinaire l'enfant inscrit. Tous les frais du retour restent à la charge des parents. Aucun remboursement de séjour ne sera effectué.

Les objets personnels des enfants présentant de la valeur peuvent être confiés à la Direction dès le début du séjour et récupérés à la demande. En aucun cas, OXYGERS ne peut être tenue pour responsable de perte ou vol d'objets personnels pendant le transport et pendant le séjour. Le préjudice financier dû à des dégradations causées volontairement par le jeune, sera directement facturé aux parents ou tuteur.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Autorise mon enfant à participer au séjour organisé par OXYGERS et à ses activités. Autorise également le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'atteste avoir pris connaissance de toutes les clauses des conditions générales mentionnées dans la brochure et certifie les accepter.

DOSSIER MÉDICAL

Ce dossier médical est important. Il nous permet d'avoir une meilleure connaissance de votre enfant. Nous vous demandons de le remplir avec soins et toute attention nécessaire. La fiche sanitaire de liaison ci-jointe devra être dûment remplie.

FRAIS MÉDICAUX

Je m'engage à opérer le règlement des frais médicaux et pharmaceutiques si mon enfant est malade au cours du séjour.

AUTORISATION DE PRENDRE VOTRE ENFANT EN PHOTO OU VIDEO :

Oxygers peut être amenée à prendre des photographies de vos enfants pendant les activités sportives ou la vie quotidienne et à les utiliser sur tous ses supports de communication sans limite ni de temps ni de lieu. Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photographie au cours de son séjour, nous vous remercions de faire une lettre indiquant votre refus. Cette lettre devra être adressée au Directeur d'OXYGERS avec la présente fiche d'inscription.

FICHE A RETOURNER à OXYGERS

Domaine de Serres - Route de Jézeau - 65240 ARREAU - 05 62 98 66 34
Fax 05 62 40 10 97 - www.oxygers.fr - E.mail : contact@oxygers.fr

A : le :

Signature :



ATTESTATION

ATTESTATION D'APTITUDE A LA PRATIQUE D'ACTIVITES AQUATIQUES ET NAUTIQUES DANS LES SÉJOURS DE VACANCES

La pratique du Canoë kayak et activités assimilées (rafting, ...), du canyonisme, de la nage en eau vive, du radeau et activités de navigation assimilées (paddle, ...), du surf et de la voile est subordonnée à la fourniture d'une attestation de réussite au test préalable réalisé SANS brassière de sécurité. (En Application de l'Article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012).(1)

Cette attestation peut être remplacée par une attestation de réussite au test commun aux fédérations ayant la natation en partage répondant au moins aux exigences définies pour ce test.

TEST réalisé à : le :

J'atteste de l'aptitude du mineur, NOM : Prénom :

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

Signataire : Nom : Prénom :

Qualité et diplôme (2) :

Coordonnées (N° de carte professionnelle)

A : le :

Signature :



(1) S'il est utilisé un modèle différent, l'attestation produite sera conforme en tous points sous peine de nullité.

(2) Sont habilités à signer : Les titulaires du titre de maître nageur sauveteur (M.N.S., B.E.E.S.A.N) ou du Brevet national de sécurité et de sauvetage aquatique (B.N.S.S.A.) ou du Brevet d'Etat d'éducateur sportif (B.E.E.S.) dans l'activité considérée.

A RETOURNER à OXYGERS

Domaine de Serres – Route de Jézeau – 65240 ARREAU – 05 62 98 66 34
Fax 05 62 40 10 97 - www.oxygers.fr – E.mail : contact@oxygers.fr



FICHE SANITAIRE DE LIAISON



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____
 PRÉNOM : _____
 DATE DE NAISSANCE : _____
 GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant) **pas de photocopie**

VACCINS OBLIGATOIRES			DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
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
 ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE 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 AIGÜ 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

A RETOURNER à OXYGERS

Domaine de Serres – Route de Jézeau – 65240 ARREAU – 05 62 98 66 34
 Fax 05 62 40 10 97 - www.oxygers.fr – E.mail : contact@oxygers.fr



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

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

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

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

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

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :