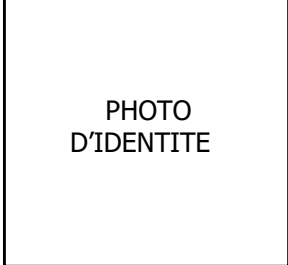


Association La Galupe  
 7 route de Carquebin - allée du Raz – 40200 Mimizan  
 Tél. / Fax : 05 58 09 10 74 – Portable : 06 33 09 21 85  
 @ : [asso.lagalupe@orange.fr](mailto:asso.lagalupe@orange.fr) / Internet : [www.asso-lagalupe.fr](http://www.asso-lagalupe.fr)  
 La Galupe Page Facebook



**FICHE D'INSCRIPTION SEJOURS VACANCES 2018-2019 – A REMPLIR EN MAJUSCULE**  
 (afin d'éviter toute erreur merci d'écrire aussi les adresses de messagerie en majuscule)

**LE(S) ENFANT(S)**  
 NOM : ..... PRENOM : .....  
 Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Age : ..... ans  Fille  Garçon  
 NOM : ..... PRENOM : .....  
 Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Age : ..... ans  Fille  Garçon

**SEJOUR(S) A MIMIZAN :**  HIVER  PRINTEMPS  ETE  AUTOMNE **DATES DU(DES) SEJOUR(S) :**  
 Du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Arrivée vendredi ou dimanche (à préciser) de 18h à 18h30 / Départ vendredi ou dimanche (à préciser) de 16h30 à 17h

**► PRIX DU SEJOUR :** ..... Euros **Prise en charge financière du séjour de(s) enfant(s) :**  

<b>A COCHER</b>	<b>A JOINDRE</b>
C.AF <input type="checkbox"/> ..... Euros	Bon(s) Vacances <b>N° allocataire :</b> ..... <b>QF :</b> .....
A.S.E. <input type="checkbox"/> ..... Euros	Attestation
Conseil Départementale <input type="checkbox"/> ..... Euros	Attestation
Parents <input type="checkbox"/> ..... Euros	Chèque
Autres <input type="checkbox"/> ..... (soit : ..... Euros) Chèque(s) ou attestation(s)	

**TOTAL (coût total des séjours) :** ..... Euros

**RESPONSABLE(S) DE(S) ENFANT(S)**  
 NOM, PRENOM : .....  
 Père  Mère  Tuteur  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Tél. domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Messagerie : .....@.....

**FAMILLE D'ACCUEIL DE(S) ENFANT(S) SI PLACEMENT**  
 NOM, PRENOM : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Tél. domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tél. travail : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Messagerie : .....@.....

**REFERENTS SOCIAUX**  
 NOM de L'ASSISTANT(E) SOCIAL(E) QUI SUIVRA LE DOSSIER : .....  
 Tél.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Messagerie : .....@.....  
 NOM de L'EDUCATEUR(TRICE) DE L'ENFANT : .....  
 Tél.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Messagerie : .....@.....  
 NOM DU REFERENT D'ASTREINTE ET/OU DE LA STRUCTURE D'ACCUEIL D'URGENCE A CONTACTER PENDANT LE SEJOUR : .....  
 Tél. d'urgence : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**TRANSPORTS (ACCUEIL SUR PLACE) – PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER L'(ES) ENFANT(S)**  
 J'autorise la communication de mes coordonnées à d'autres accompagnateurs pour du covoiturage  
**A L'ARRIVEE**  Père  Mère  Famille d'accueil  Grands-parents  Autre (à préciser).....  
 NOM, PRENOM : .....  
 Tél. domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
**AU DEPART**  Père  Mère  Famille d'accueil  Grands-parents  Autre (à préciser).....  
 NOM, PRENOM : .....  
 Tél. domicile : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Tél. Portable : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## DÉCLARATIONS DU RESPONSABLE DE L'ENFANT

### 1/ Autorisations parentales du ou des titulaires de l'autorité parentale :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de(s) l'enfant(s) :

- Atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire l'(es) enfant(s) ci-dessus, et l'autorise à participer sous ma responsabilité au séjour indiqué page 1 ;
- Autorise le responsable, la directrice et la directrice-adjointe de l'association à faire soigner notre enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale suivant les prescriptions des médecins (Article 12 des conditions générales de vente).
- M'engage à payer la part des frais du séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation, d'opération, de pharmacie éventuels.
- Renonce à toute demande de remboursement des frais de séjour en cas de renvoi de l'enfant pour raison de comportement incompatible avec la vie collective ; et m'engage à prendre à ma charge les suppléments dus à un retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.
- Autorise le responsable du séjour à transporter l'(es) enfant(s) dans sa voiture particulière en cas de nécessité (médecin...).
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, joins une fiche sanitaire de liaison et fournis tous les éléments nécessaires à l'inscription de mon enfant ;
- Autorise le responsable de l'association à utiliser le dossier initial complet pour l'ensemble des séjours de l'année et m'engage à signaler toutes modifications concernant la fiche sanitaire de liaison et à fournir un certificat médical attestant que l'enfant est à jour de ses vaccinations obligatoires et mentionnant la date du prochain rappel.
- Atteste avoir pris connaissance des conditions générales de vente indiquées sur le site de l'association La Galupe ;
- Atteste être informé(e) que **les objets de valeur** (bijoux, MP3, téléphone portable, argent de poche...) ne sont pas admis et reste, le cas échéant, sous l'entière responsabilité de son propriétaire. L'association La Galupe ne pourra être tenue pour responsable en cas de perte, de vol ou de casse.
- Prend connaissance que les bagages sont transportés aux risques des propriétaires.

### 2/ Autorisation de pratique des activités :

- Autorise le(s) enfant(s) ci-dessus à pratiquer les activités, sportives et autres, prévues pendant le séjour, organisées au « Centre Lac et Océan » (lieu d'accueil et d'hébergement), sur le site des animaux de « La Galupe » (lieu d'activités de soins aux animaux et de jardinage) et à l'extérieur.
- Pour les séjours des 12-16 ans uniquement, autorise le « jeune » à se déplacer sans adulte pour faire des courses par exemple (but : autonomie).
- Autorise les membres de l'équipe d'animation de « La Galupe » à utiliser les véhicules de l'association pour les déplacements.

### 3/ Autorisation de publication de l'image de mon enfant :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_,

**autorise l'association La Galupe**       **n'autorise pas l'association La Galupe :**

- à la prise de photos (captation, fixation, enregistrement, numérisation) le représentant dans le cadre des activités de séjours de vacances ;
- à la diffusion et la publication de photos le représentant dans le cadre des activités de séjours de vacances. L'utilisation se fera sur tout support de communication de l'association (site internet, page Facebook, plaquettes...). Les photos ne seront ni communiquées, ni vendues à d'autres personnes, ni utilisées à d'autres usages.

*Conformément à la loi, le libre accès aux données photographiques qui vous concernent est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposez du droit de retrait de cette photo si vous le jugez utile.*

### 4/ Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et y souscris dans leur intégralité.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé » (Pour l'ensemble des autorisations)



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 – 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 DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.**

**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 RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> Tétracoq				Autres (préciser)	

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

### 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 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 marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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.**)

---



---



---

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

L'ENFANT SUIV-IL UN RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER ? SI OUI LEQUEL ?

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

 NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

 NON OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

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

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

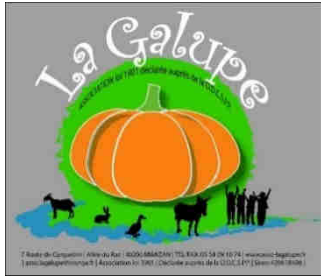
---

---

---

---

---



## Règlement intérieur des séjours organisés par La Galupe

### **A signer par le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant et l'enfant lui-même et à renvoyer à « La Galupe »**

Pour le plaisir de chacun

#### **Vie relationnelle :**

Il est demandé à chacun (enfant et adulte) un comportement respectueux d'autrui : aucune violence verbale, physique ne sera tolérée. Vol, racket à l'intérieur des locaux et sur les différents sites donneraient lieu à une réponse immédiate adaptée.

#### **Les bâtiments et les divers espaces :**

→ ***A l'intérieur des lieux de vie (chambres, salles d'activités, de restauration ...du « Centre Lac et Océan » et abris animaux, grenier sur le site des animaux de « La Galupe ») :***

Toute dégradation fera l'objet d'une réparation immédiate et effective (seul, s'il en a la possibilité ou avec le soutien d'un adulte) par celui qui l'a causée.

Dans le cas où la dégradation obligerait la responsable du séjour à faire appel à un professionnel, la facture sera envoyée pour paiement au responsable légal ou au tuteur.

- Animaux, matériel divers mis à la disposition de tous et toutes sont soumis aux mêmes conditions.
- Il est formellement interdit de fumer à l'intérieur des locaux (détecteurs de fumée) et sur les sites du lieu d'hébergement et des lieux d'activités.
- L'utilisation d'appareils électriques devra faire l'objet d'une demande préalable auprès de la responsable du séjour.
- « La Galupe » accueillant un public mixte, des chambres **séparées** sont prévues ; chacun et chacune respectera ces lieux privés.
- Propreté et rangement seront l'affaire de tous, enfants et adultes !

#### → ***A l'extérieur des bâtiments***

Sur le site du « Centre Lac et Océan » ainsi que sur celui des animaux de « La Galupe », durant les moments d'activités « libres » (jeux divers, balançoires, badminton, tennis de table...)

- Non intrusion dans «l'espace animaux » sans présence ou autorisation d'un adulte.
- Limite d'espace.
- Respect du coin « jardin d'agrément » et potager.
- Âges pour l'utilisation des équipements.
- Port du casque (VTT - Vélo)

#### • ***Dans « l'espace animaux » utilisé par « La Galupe » :***

Les animaux ne sont pas des jouets ! Ce sont des êtres vivants.

Tous les animaux présents à « La Galupe » ont subi un contrôle sanitaire.

Pour des moments harmonieux et des échanges affectueux entre êtres humains et animaux :

- Respecter le rythme et le bien-être des animaux.
- Ne pas de crier, ni avoir de gestes violents.
- Ne pas courir après les animaux, ni les surprendre.
- Respecter les consignes des adultes sur la quantité de nourriture donnée...
- Rester vigilant et observer les comportements des animaux.
- Ne jamais passer derrière les ânes sans les prévenir.

(Afin d'éviter les risques, pour les animaux, de maladies, de stress...et les risques, pour les enfants, de réaction violente et non prévisible de la part de l'animal.)

#### • ***Dans les espaces : potager, verger et massifs fleuris utilisés par « La Galupe » :***

Les légumes, les arbres fruitiers, les fleurs sont également des êtres vivants qu'il faut respecter.

- Faire attention où l'on met les pieds.
- Repérer les différents légumes, fleurs et arbres fruitiers afin de les préserver.
- Ne pas courir dans le potager, ni dans les massifs de fleurs.
- Ne pas jouer avec les outils de jardinage (certains peuvent être dangereux !)

#### → ***En ce qui concerne les dégradations matérielles :***

- Réparation effective ou participation à la remise en état.
- Réparation réalisée par un professionnel et facturée au responsable légal.

#### → ***En ce qui concerne les problèmes comportementaux :***

*(Pouvant amener troubles et désordre dans le groupe)*

Après un avertissement de l'équipe, une confrontation avec l'enfant ainsi qu'une « mise à l'épreuve », l'exclusion pourra être prononcée en cas de récidive. Dans ce dernier cas, le responsable légal de l'enfant (ou la personne référente signalée **impérativement** sur le dossier d'inscription de l'enfant) sera immédiatement informée et disposera d'une journée au maximum pour venir chercher l'enfant.

**Bien que chaque enfant ait à sa disposition dans la « partie-nuit » du « Centre Lac et Océan », un endroit privé, il est fortement déconseillé d'amener des objets de valeur, et sommes d'argent trop importantes (ces objets et argent reste, le cas échéant, sous l'entière responsabilité de chaque enfant). Afin de permettre à l'enfant de « couper » avec son quotidien et pour éviter tout problème, les téléphones portables, jeux vidéo, mp4... etc, ne sont pas admis et ne seront pas laissés à disposition de l'enfant pendant la durée de son séjour. En cas de perte la responsable du séjour de « La Galupe » décline toute responsabilité.**

Nom, Prénom,  
Date et signature du responsable légal,  
Précédées de la mention « Lu et approuvé »

Nom(s), Prénom(s),  
Date et signature de(s) l'enfant(s),  
Précédées de la mention « Lu et approuvé »



**Demande de BON VACANCES DÉPARTEMENTAL  
pour enfant ou adolescent** > à envoyer à l'association  
organisatrice du séjour

Direction de l'Éducation  
de la Jeunesse et des Sports

**À REMPLIR PAR LA FAMILLE**

**PIÈCES À JOINDRE**

- Pour les allocataires CAF. : Photocopie recto-verso de la carte d'identité vacances ou attestation Aides aux Temps Libres 2018  
ou attestation de quotient familial d'octobre 2017

- Autres(\*) : Avis d'impôt sur le revenu 2016 (sur les revenus de l'année 2015) + Montant de toutes les prestations familiales d'octobre 2017

Monsieur                       Madame

NOM et prénoms du représentant légal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

adresse \_\_\_\_\_

code postal \_\_\_\_\_ commune \_\_\_\_\_

employeur { du père \_\_\_\_\_  
de la mère \_\_\_\_\_

NOM et prénoms de l'enfant \_\_\_\_\_

né (e) le \_\_\_\_\_ âge \_\_\_\_\_

lieu de séjour choisi \_\_\_\_\_

date du séjour du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

durée du séjour \_\_\_\_\_ jours - Prix du séjour \_\_\_\_\_

Association organisatrice \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Allocataire :  CAF ou  MSA      Quotient familial \_\_\_\_\_

numéro d'allocataire \_\_\_\_\_

Montant aide CAF des Landes ou MSA(\*) par jour \_\_\_\_\_

Montant aide CAF autre département par jour \_\_\_\_\_

Aide du comité d'entreprise     non     oui    Montant par jour \_\_\_\_\_

Nom du C.E. \_\_\_\_\_

Aide de la commune             non     oui    Montant par jour \_\_\_\_\_

Aide des services sociaux  non     oui

Nom de l'organisme \_\_\_\_\_

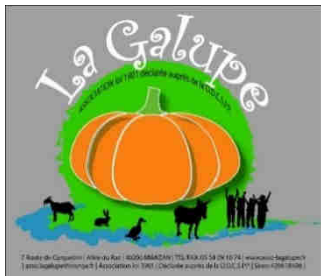
Avez-vous déjà bénéficié de l'aide du Conseil départemental pendant l'année  non  
 oui

Le soussigné certifie l'exactitude des informations ci-dessus.                      Signature

**IMPORTANT**



Le bon vacances départemental est attribué pour une durée de 21 jours maximum par an et pour les séjours se déroulant **uniquement en France Métropolitaine**. Prix du séjour plafonné à 800 €. Montant minimum du bon vacances fixé à 5€.



## **Certificat d'Aisance Aquatique préalable à la pratique d'activités nautiques et aquatiques en Accueil Collectif de Mineurs**

(pour les jeunes de 12 à 16 ans inscrits au printemps et l'été  
en séjours avec activités nautiques)

(Arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R. 227-13 du code de l'action sociale et des familles fixant les modalités d'encadrement et les conditions d'organisation et de pratiques de certaines activités physiques en ACM)

En Centre ou Séjour de Vacances ou en Accueils Collectifs de Mineurs (ACM), la pratique des activités de canoë-kayak et disciplines associées, descente de canyon, ski nautique, nage en eau vive, surf, voile, le radeau et les activités associées, est subordonnée à la production d'une attestation délivrée par une personne titulaire du titre de 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 (BEESAN), du Brevet Professionnel de la Jeunesse, de l'Education Populaire et de Sport des Activités Aquatiques et de la Natation (BPJEPS AAN), ou tout autre BEES ou BPJEPS des spécialités nautiques considérées. Ce document doit attester de la capacité du pratiquant à effectuer un saut dans l'eau, réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes, réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes, nager sur le ventre sur 20 mètres, franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant. Le parcours peut être effectué avec une brassière de sécurité en piscine ou sur le lieu de l'activité.

### **Formulaire-type permettant d'attester de la réalisation des épreuves précitées :**

#### **ATTESTATION**

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) : .....

Titulaire du diplôme : .....

Diplôme n° ..... Obtenu le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Atteste que le mineur (Nom, Prénom). .....

Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ et demeurant à : .....

#### **a réussi le test :**

- \* effectuer un saut dans l'eau
- \* réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes
- \* réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes
- \* nager sur le ventre sur 20 mètres
- \* franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant
- \* effectuer un parcours avec ou sans brassière de sécurité (rayer la mention inutile)
- \* parcours effectué en piscine ou sur le lieu de l'activité (rayer la mention inutile)

Fait le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à : .....

Cachet et signature.