



INSCRIPTION

Camp régional inter EDSC AURA

Organisé par le Comité Spéléologique Régional Auvergne Rhône-Alpes
Du jeudi 25 août au dimanche 28 août 2022 à La Chapelle en Vercors (26420)

PUBLIC et OBJECTIFS : Jeunes des EDSC de la région Auvergne Rhône Alpes.
Faire se rencontrer les EDSC de la région, leurs jeunes et leurs cadres, pratiquer ensemble.
> **Prix stage : 170€ / jeune / pour les 4 jours (42.50 par jour).**

Le prix du stage comprend l'hébergement, la nourriture (du jeudi soir au dimanche midi), le transport sur place et la prise en charge des frais de transport depuis le département d'origine.

Chaque EDSC règlera au CSR AURA le montant de la participation globale selon le nombre de jeunes participants, elle fera participer financièrement les jeunes selon ses propres règles.

Le nombre de place est limitée à 15 jeunes fédérés inscrit dans une EDSC de la région. L'inscription est nominative, un adulte accompagnant habituel de l'EDSC doit être associé à l'inscription des jeunes. **Une fiche d'inscription globale** tableau ci-dessous accompagné du **règlement de la somme due** ainsi qu'une **fiche par jeune** (page suivante), signée par les parents.

	EDSC ...		(Préciser département)	
	NOM	PRENOM	TEL	MAIL
CADRE ou ACCOMPAGNATEUR REFERENT PRESENT SUR STAGE (Obligatoire)				
1- Jeune EDSC				
2- Jeune EDSC				
3- Jeune EDSC				
4- Jeune EDSC				
5- Jeune EDSC				
6- Jeune EDSC				
7- Jeune EDSC				
8- Jeune EDSC				
2° Accompagnateur / encadrant (Facultatif) Participation selon les besoins du stage				

Plus d'infos : Patrice / Par mail : patrice.fialon@cds-26.fr et si besoin par tél : **06 58 96 88 85**



CAMP CSR AURA AOUT 2022
FICHE INSCRIPTION JEUNE EDSC

NOM :
Prénom :
Age :
Adresse :
Code Postal : **Ville**
Tél. : **Portable :**
E-mail de correspondance pour le stage :
.....@.....

Droit à l'image :

Il est envisagé de réaliser un film et des photographies durant le stage. Ces images pourront être utilisées et diffusées pour la promotion de notre activité et des EDSC.

Je donne l'accord pour le droit à l'image (1) **OUI** **NON**

Autorisation parentale :

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) en qualité de Père, Mère,
Tuteur(1);
autorise mon fils, ma fille :

A participer au Camp EDS organisé par le CSR AURA :

- du 25 au 28 août 2022,
- à la maison de l'aventure (26),
- sous la direction de Patrice FIALON.

A être transporté dans des véhicules, personnels, de location, ou associatifs.

- A participer à l'activité de spéléologie et autres activités proposées durant le camp.

J'autorise le responsable du groupe à prendre toutes les mesures sanitaires nécessaires qu'exige l'état de l'enfant (hospitalisation, ...).

Conformément aux dispositions de la loi informatique et Liberté du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de retrait des données vous concernant en vous adressant au CSRAURA

Fait à,le
Signature Obligatoire (Précédée de la mention Lu et Approuvé)

(1) : rayer la mention inutile

Pièce à joindre :

- Fiche sanitaire de liaison



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES ☐ oui ☐ non
MÉDICAMENTEUSES ☐ oui ☐ non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : ☐ oui ☐ non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser ☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :