

ACCUEIL DU PARTICIPANT

Cochez la (ou les) case(s) correspondante(s)

ACCUEIL SUR PLACE

L'accueil des participants se fera à Hautes-Pyrénées Sport Nature.

Suivre les panneaux  dans St-Pé de Bigorre.

Horaires : Arrivée le 1^{er} jour du séjour de **14h00 à 17h00**

Départ le dernier jour de **14h00 à 17h00**.

! Pour le séjour EXPLORER arrivée le 1^{er} jour entre 9h00 et 11h00

ACCUEIL EN GARE SNCF DE LOURDES

Joindre la photocopie du billet (au minimum 15 jours avant)

POINT DE RENDEZ-VOUS : Devant le kiosque à journaux du hall de la gare.
La personne chargée de l'accueil sera munie d'un panneau portant le logo de notre structure.



ACCUEIL A L'AEROPORT DE TARBES LOURDES ou PAU

Joindre la photocopie du billet (au minimum 15 jours avant)

ACCUEIL LA VEILLE (à partir de 17 heures)

Nous consulter.

Supplément 38,00€.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Cochez la case correspondante et noter la date du séjour. Age de l'enfant durant le séjour.....

NATURE PASSION 9-12 ans du au

SPORT NATURE PASSION 13-16 ans du au

SPORT PASSION 15-17 ans du au

NOM

Prénom

Né(e) le à

Adresse

Mail

Profession du père de la mère

Age des frères et sœurs

PHOTO

RECENTE

PERSONNES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM Prénom parenté avec l'enfant

 dom  bureau

Portable

NOM Prénom parenté avec l'enfant

 dom  bureau

Portable

Merci de nous retourner la **FICHE DE RENSEIGNEMENTS + LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON** impérativement 15 jours avant le début du séjour à :

CAP JUNIORS

50, rue Ernest Renan
69120 VAULX EN VELIN

Le dossier est constitué de la **FICHE DE RENSEIGNEMENTS** incluant le **CERTIFICAT MEDICAL** à faire remplir par votre médecin, les **ATTESTATIONS DE NATATION**, l'**ACCUEIL DU PARTICIPANT** et la **FICHE SANITAIRE DE LIAISON** à remplir attentivement et à signer.

Joindre attestation CMU si bénéficiaire.

FRAIS MEDICAUX (en cas de maladie)

Je soussigné Mr, Mme,.....père, mère, tuteur de l'enfant
..... m'engage à rembourser à HPSN les frais médicaux et/ou
pharmaceutiques engagés, sur production du dossier maladie correspondant.

Fait à le **Signature :**

Les participants doivent posséder les **2 conditions** suivantes :

1) ATTESTATION DE NATATION (pour la baignade) 25 mètres minimum.

COMPLETER ET SIGNER le cadre ci-dessous :

Je soussigné Mr, Mme, père, mère, tuteur, atteste que l'enfant
..... sait nager 25 mètres au moins.

Fait à le **Signature :**

2) TEST PREALABLE A LA PRATIQUE DES ACTIVITES AQUATIQUES ET NAUTIQUES

Ce test est effectué à l'arrivée des participants sur notre structure.

ATTENTION : en cas de non réussite à ce test, le participant ne pourra pas effectuer les activités nautiques durant le séjour. Assurez-vous que votre enfant est capable de réussir ce test (voir texte officiel ci-après) ou joindre une attestation de réussite à ce test délivrée par un maître-nageur (MNS , BNSSA) .

TEST PREALABLE A LA PRATIQUE DES ACTIVITES AQUATIQUES ET NAUTIQUES EN CENTRES DE VACANCES OU EN CENTRES DE LOISIRS (arrêté du 20/06/03 modifié par l'arrêté du 03/06/04) ...ce document doit attester de la capacité du pratiquant à se déplacer dans l'eau sans présenter de signe de panique sur un parcours de 20 mètres, avec passage sous une ligne d'eau, posée et non tendue .Le parcours est réalisé dans la partie d'un bassin ou d'un plan d'eau d'une profondeur au moins égale à 1m80. Le départ est effectué par une chute arrière volontaire, en piscine à partir d'un tapis disposé sur l'eau et en milieu naturel à partir d'un support flottant. Le parcours peut être effectué avec une brassière de sécurité sauf pour la descente de canyon.



A.....

Le.....

CERTIFICAT MEDICAL

(à faire remplir par votre médecin)

Je soussigné(e), Docteur certifie que

Mr, Melle,..... inscrit(e) au séjour :

Nature Passion **9-12ans** du.....

Sport Nature Passion **13-16 ans** du.....

Sport Passion **15-17 ans** du.....

ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique des sports suivants :

KAYAK – SPELEOLOGIE - RAFT – ESCALADE - STAND'UP PADDLE - CANYONING (13-17 ans) – WAKEBOARD (15-17 ans) - EQUITATION (15-17ans) - VTT (15-17ans)

est apte à la vie en collectivité.

est à jour de ses vaccinations.

* Merci de compléter le paragraphe 3: **renseignements médicaux concernant l'enfant** de la fiche sanitaire de liaison ci-après.

Signature du médecin