

Fiche administrative colonie de vacances été 2026

1. Renseignements concernant le pilote / vacancier

Nom _____ Prénom _____

Né (e) le ____/____/____ Sexe _____ (M ou F)

2. Renseignements concernant le (s) responsable (s) du pilote si mineur

Responsable principal

Père et Mère conjointement Père seul Mère seule

Autres (préciser) _____

Nom / Prénom _____/ _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

autorise n'autorise pas l'ajout de mon (nos) numéro(s) de téléphone au groupe WhatsApp dédié au séjour, afin d'avoir des nouvelles

autorise n'autorise pas l'encadrement à faire hospitaliser le vacancier en cas de besoin et s'il y a lieu le personnel médical à pratiquer les soins et toute intervention chirurgicale si nécessaire.

Le à Signature :

3. Coordonnées téléphoniques et adresse-mail

	Numéro	Nom	Prénom
Portable principal			
Autre portable			
N° Urgence (si différent)			

Mail principal		@	
Autre mail (si besoin)		@	



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'arrêt 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
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Polioomyélite				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 :



Autorisation de captation et diffusion de l'image et de la voix

Dans le cadre du projet de réalisation de photos et/ou vidéos ayant pour objectif de communiquer sur les événements marquants du séjour avec le BMX Club de Joué-lès-Tours :

Je soussigné(e)..... (Nom et Prénom) agissant en tant que représentant
légal de l'enfant : né(e) le / /

consens

ne consens pas

à ce qu'elle (il) soit photographié(e) et filmé(e), dans le cadre de la pratique du BMX, lors des activités et vie du séjour organisé par le BMX Club de Joué-Lès-Tours.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extrait, sous toute forme et tous supports :

- Documents de communication physique ou numérique (brochures, papier à en-tête, affiches, site Internet, bannières...)
- Réseaux sociaux (Facebook, Instagram)
- Articles de presse
- Supports numériques (ordinateurs fixes et portables, smartphones, tablettes.)

Les utilisations de mon (**son**) image ne devront en aucune façon porter atteinte à ma (**sa**) vie privée, et plus généralement me nuire ou me causer un quelconque préjudice.

Je reconnais par ailleurs que je ne suis lié(e) à aucun contrat exclusif sur l'utilisation de mon (**son**) image ou de mon (**son**) nom.

Cette autorisation de l'utilisation de mon (**son**) image à une validité illimitée à compter de sa signature et est consentie à titre gracieux.

L'autorisation pourra être retirée à tout moment en s'adressant au secrétariat du club.

Fait à _____, le _____

Signature de l'intéressé(e) et /ou de son représentant légal

Test de natation anti-panique (Arrêté du 25 avril 2012)

Attestation de réussite au test sécuritaire, préalable à la pratique des activités aquatiques et nautiques

Je soussigné(e), Maître Nageur Sauveteur,

atteste que l'enfant Né(e) le :

est capable :

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

Ce test peut être réalisé avec une brassière de sécurité

Observations :

Date :

Signature du M.N.S. :

Cachet de l'établissement :

N° de Diplôme :