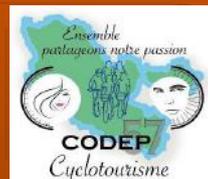


Informations séjour

**Séjour de Printemps des jeunes de Moselle
à Eppe-Sauvage (59)
du dimanche 13 avril au samedi 19 avril 2025**



Présentation

Ce séjour proposé par le CoDep 57 permettra aux jeunes de se retrouver une nouvelle fois cette année.

Station Touristique du Val Joly

A 20 minutes de Fourmies, 20 minutes de Chimay et 40 minutes de Maubeuge.

Vous vous trouvez au bord du plus grand lac au Nord de Paris.

A la recherche de grands espaces au vert, en quête de sports de pleine nature, besoin de vous ressourcer.

Vous êtes au bon endroit !

L'hébergement à la Héronnière avec vue sur le lac, à côté du Centre Aquatica et sa piscine à vagues.

Dans cadre naturel avec de nombreux sentiers VTT balisés, activités sportives et culturelles vous entoure.

- Dates : Du dimanche 13 avril 11 h
Au samedi 19 avril 9 h – 7 jours
- Tranche d'âge : 8 - 16 ans
- Activités : en journée, randonnées VTT avec visites.
Après le vélo : activités multisports, baignade et veillées à thème.
- Hébergement : en dur (chambres de 2 à 4 lits)
La Héronnière
Station Touristique du Val Joly
59132 Eppe-Sauvage
- Effectifs : 32 à 38 jeunes et 10 animateurs
- Restauration : tous les repas seront pris au centre
- Transport jusqu'au Val Joly à la charge de chacun
- Séjour agréé J&S :



Inscriptions

Ce séjour est ouvert à tous les jeunes de Moselle, licenciés FFCT. Coût du séjour :

280 €.

280 €

Attention :

places limitées.

Complétez le formulaire du CoDep 57 ci-joint.

Pré-Inscription via le Link ci-dessous

<https://pollforall.com/pkderddm>

Vous recevrez en retour, ce document prérempli, à retourner, complété avant le 15 mars 2025.

Le paiement sera à joindre en intégralité avec l'inscription. Chèque à l'ordre du CoDep 57 de Cyclotourisme.

Un versement global par club pourra être effectué par chèque ou virement bancaire.

Un dossier incomplet ne pourra pas être pris en compte. Veillez à compléter toutes les rubriques. La fiche sanitaire sera entièrement complétée (copies du carnet de vaccination à fournir).



VTT

Public

Informations et inscriptions

Paco Mateos – Roger Humbert

✉ : paco.clireco@icloud.com

☎ : +352 621 241 282

✉ : roger_humbert@bbox.fr

☎ : 06 01 26 16 83

Bulletin d'inscription

Séjour de Printemps des jeunes de Moselle
à Eppe-Sauvage (59)
du dimanche 13 avril au samedi 19 avril 2025



Le participant jeune

Nom

Prénom

Né(e) le

(jj/mm/aaaa)

Sexe (G, F)

Portable

du jeune

N° licence

(6 chiffres)

Nom du club

N° du club

(4 chiffres)

Département (num)

Photo obligatoire

Récente, de bonne qualité,
sans casque ni lunettes de
soleil

Le(s) responsable(s) du jeune

Responsable 1

Responsable 2

Tierce personne
(si parents non joignables)

Lien avec le
jeune

Nom

Prénom

Adresse

Mail

Tél fixe

Portable

Tél bureau

Informations complémentaires

**Médecin
traitant**

Nom et
coordonnées

Divers

Inscrivez ici toute information utile (régimes alimentaires, prescriptions médicales, besoin de beaucoup de sommeil, jeune souhaitant être dans une chambre avec des jeunes calmes, ordonnés, horaires d'accès au téléphone définis par les parents, etc.)

Engagements

**Signature du
moniteur ou
du président
du club**

Pour les jeunes en école cyclo : les fiches d'inscriptions doivent être centralisées par le moniteur ou le président du club afin de les informer de l'inscription.

Date, signature

Signature du jeune

En apposant ma signature au bas de ce document, je m'engage à :

- Participer au séjour et effectuer les randonnées vélo proposées chaque jour
- Me préparer avant le séjour afin d'avoir une condition physique correcte pour rouler tous les jours
- Préparer mon vélo et son équipement pour que les incidents mécaniques ne perturbent pas mon séjour
- Rouler en ayant un comportement responsable et en respectant les règles de sécurité
- Ne pas amener, ni utiliser d'accessoires dangereux : couteaux, briquets, etc.
- Ne pas amener, ni consommer de produits illicites : tabacs, drogues et alcools
- Être capable de réaliser seul(e) les tâches élémentaires de la vie courante me concernant (hygiène corporelle, gestion de mon linge, habillement)
- Appliquer les consignes fournies par l'équipe d'animation

Date, signature

Signature du responsable de l'enfant Je soussigné(e) (prénom, nom) :

- Autorise mon enfant à participer au séjour correspondant à cette fiche
- Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette feuille et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Autorise le responsable du séjour à effectuer les démarches de sorties d'hôpital ou cabinet médical, suite à des soins ou hospitalisation.
- Autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées (si baignade prévues)
- Autorise mon enfant à être véhiculé par les véhicules de service et cars de location (si transports prévus)
- Droit à l'image. Autorise le COREG Grand Est à utiliser ou faire utiliser ou reproduire ou faire reproduire l'image et la voix de mon enfant. L'organisateur s'engage à ne produire aucune image ni son ambigü et à respecter la convention internationale des droits de l'enfant en toutes circonstances.

Date, signature

Impression de ce dossier : merci d'imprimer les pages en recto uniquement.

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 :

.....

Document 1 - Assurance RC

Déposez ici votre attestation d'assurance en responsabilité civile ou joignez-la en pièce-jointe.

Document 2 - Assurance maladie

Déposer ici votre **attestation de droits de l'assurance maladie** (votre enfant doit y être indiqué) ou joignez-la en pièce-jointe.
Exemple :

A demander sur ameli.fr

Page 2/2


LOIRE-ATLANTIQUE

Numéro de l'assuré : 2 7
Nom de l'assuré :
STEPHANIE

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 09/03/2021 au 08/03/2022 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
01 441 1103	10	2 77 0*	
Bénéficiaire(s) nom de famille: suivi d'un éventuel nom d'usage:		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	no(s) leq(ang)
G STEPHANIE I a déclaré un médecin traitant		2 77 0*	13/C 1
GABIN		1 09 11	19/I 1
MARIUS		1 12 11	11/I 1
AGATHE		2 15 08	05/O 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

NIR de votre enfant

Documents 3 - Mutuelle complémentaire

Déposer ici votre attestation d'organisme complémentaire (mutuelle) ou joignez-la en pièce-jointe.

Document 4 - Attestation de natation

ATTESTATION DE RÉUSSITE au test d'aisance aquatique préalable à la pratique d'activités nautiques en séjour de vacances, accueil de loisirs ou accueil de scoutisme

Ce document atteste de l'aptitude du mineur à :

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

Je soussigné(e) (prénom, nom) :

Titulaire du diplôme :

Diplôme n° : Obtenu le :

Atteste que (prénom, nom) :

Né(e) le : À :

Adresse :

A réussi le test :

avec brassière de sécurité

sans brassière de sécurité

Fait à : Le :

Signature :

Cachet :