



# Mini séjour

DU 6 AU 10 AOÛT 2018

11 - 14 ans

## Nature

- Dates : du 6 au 10 août 2018
- Lieu : Chaumes-en-Retz (lieu dit « Haute-Perche »)
- Hébergement : Domaine du Petit Marais
- Activités : accrobranche, Kayak, sortie vélo, course d'orientation en forêt, pêche, veillées, etc...
- Nombre de places: 12

### Rendez-vous :

- \* **ACCUEIL** : le lundi 6 août à 9h30 au Domaine du Petit Marais
- \* **RETOUR** : le vendredi 10 août à 17h00 sur le Parking de Pornic Aventure à Pornic

### Hébergement

#### Domaine du Petit Marais

Au lieu-dit « Haute Perche »  
30 rue des Fontenelles  
44320 CHAUMES-EN-RETZ  
Tél : 06 72 42 79 04

Les jeunes devront apporter leur tente pour le séjour (tente de 2,3 ou 4 places). L'organisation de l'hébergement sera effectuée en concertation avec les adolescents.



## Restauration

La restauration (petit déjeuner, déjeuner, goûter et dîner) se fera dans une tente cuisine adaptée. Les animateurs et les adolescents prépareront ensemble les repas. En cas de régimes alimentaires particuliers, Indiquez-le dans la fiche sanitaire de liaison (*Recommandations utiles des parents*).

## Encadrement et Animations

Deux animateurs diplômés de la Ville de Pornic encadreront les jeunes durant ce séjour.

## Tarifs

TRANCHES DES QUOTIENTS RETENUES								
	< 401	401 à 500	501 à 600	601 à 700	701 à 900	901 à 1100	1101 à 1400	> =1401
<b>TARIFS</b>	<b>80 €</b>	<b>85 €</b>	<b>90 €</b>	<b>95 €</b>	<b>105 €</b>	<b>115 €</b>	<b>125 €</b>	<b>135 €</b>

**Tarif unique non résident : 150 €** (Tarification unique votée pour les non résidents)

**Possibilité de règlement :** chèque (libellé à l'ordre « Trésor Public »), chèque-vacances, espèces, carte bancaire.

Le désistement est valable uniquement sur présentation d'un certificat médical ou autres pièces justificatives (voir les modalités de remboursement avec l'équipe d'animation).

## Modalités d'inscription

**Retrait du dossier : à partir du 12 mars 2018**

**Date limite d'inscription : 1<sup>er</sup> juin 2018 dernier délai.**

Les dossiers d'inscription seront prioritaires aux conditions suivantes :

1. Priorité aux Résidents Pornicais (non résidents sous conditions)
2. Ordre d'arrivée des dossiers

**L'inscription définitive de votre enfant vous sera notifiée par retour de courrier.**

Les personnes, dont le dossier est retenu, seront conviées à une réunion d'information :

**Jeudi 28 juin 2018 à 19h  
Maison des Associations  
(RDC- salle d'activités n°1)**

## Renseignements:

**Service Jeunesse Sports Associations**

Maison des Associations

4 rue de Lorraine - 44210 PORNIC Tél : 02 40 82 98 50

Portable directrice : 07 77 28 08 42 / Portable animateur : 06 03 32 52 59

[animation.jeunesse@pornic.fr](mailto:animation.jeunesse@pornic.fr)

<http://pornic-leblog.fr/>



: Activités jeunes à Pornic

# AUTORISATION PARENTALE

Nom-Prénom du jeune : ..... Né(e) le ..... à .....

Adresse : .....

N° de sécurité sociale (du jeune ou des parents) : .....

Responsable(s) légal (aux) : .....

Adresse : .....

☎ Domicile : ..... ☎ Portable : .....

☎ Travail : ..... Adresse mail : .....

## Constitution du dossier:

- Autorisation parentale (page 3)
- Fiche sanitaire de liaison remplie et signée (page 4)
- Photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé
- Photocopie de la carte d'identité du jeune (recto-verso) ou passeport
- Certificat médical de non contre-indication
- Brevet de natation de 50 m obligatoire
- Attestation d'assurance en responsabilité civile
- Photocopie de la carte d'assuré social des parents
- Photocopie de la carte mutuelle
- Attestation de la Caisse d'Allocations Familiales tranche de quotient familial (pour les familles pornicaises)

➤ Tente : oui

Nombre de places : .....

Je soussigné(e) M ou Mme ..... autorise ..... à participer aux minis séjours organisés par la Ville de Pornic.

J'autorise l'enfant cité ci-dessus à participer aux activités sportives ainsi qu'aux sorties libres pendant les créneaux horaires indiqués sur le programme.

J'autorise les responsables du séjour à utiliser l'image de mon enfant lors des reportages vidéo et photos, à des fins promotionnelles sur les supports existants et à venir, sans aucune limitation dans le temps.

A Pornic, le .....

Signature des parents précédée de la mention manuscrite  
« lu et approuvé »

**MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT**

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
--------------	-----------------

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant les activités ou séjours organisés par le Service Animation Jeunesse. Elle évite de vous munir de son carnet de santé.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
<b>OU</b> DT Polio				Autres (préciser)	
<b>OU</b> Tétracoq				BCG	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION. Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

**2 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR :**

Suit-il un traitement médical ?  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 DEJA EU LES ALLERGIES SUIVANTES :**

- > ASTHME  Oui  Non
- > ALIMENTAIRES  Oui  Non
- > MEDICAMENTEUSES  Oui  Non
- > AUTRES (animaux, plantes, pollen...)  Oui  Non

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler).

Le mineur présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?  Oui  Non

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatisme articulaire aigu  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Oreillons <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**3 – RECOMMANDATION UTILES DES PARENTS :**

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

**4 – RESPONSABLE DU MINEUR :**

NOM : ..... PRENOM : .....  
 TEL DOMICILE ..... TEL TRAVAIL : ..... TEL PORTABLE .....  
 NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) : .....  
 N° SECURITE SOCIALE (dont dépend l'enfant) : .....(OBLIGATOIRE)

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire.

J'autorise le responsable de l'activité à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

DATE : ..... SIGNATURE DU RESPONSABLE LEGAL