

**30 bis, rue de Paris B.P. 60401**

**35704 RENNES CEDEX 7**

..... Téléphone 02 99 27 02 46

..... Télécopie 02 99 27 74 09

N/Réf. : Voll 039

## **Camp d'été Beach-Volley sur l'Île d'Yeu Du 07 au 15 Juillet 2017**

Madame, Monsieur,

Vous avez choisi d'inscrire votre enfant au **Camp d'Été Beach-Volley sur l'Île d'YEU (Vendée) du Vendredi 07 Juillet au Samedi 15 Juillet 2017.**

Vous trouverez, ci-dessous, la liste des documents nécessaires pour son inscription :

- Une Fiche Sanitaire de Liaison (ci-jointe).
- Une Fiche d'Inscription (ci-jointe).
- Un Certificat médical de non contre-indication à la pratique des sports nautiques et des activités sportives.
- Un brevet de natation d'au moins 25m ou test de non panique (ci-joint).
- Une photocopie d'une pièce d'identité.
- Une réunion de présentation du séjour (ci-jointe).
- Le règlement d'un montant de 485,00 € : Chèque bancaire (possibilité de 3 fois) à l'ordre du CPB Volley - Chèques Vacances - bons CAF

À remplir et à nous l'expédier à l'adresse suivante :

- CPB Volley, 30 bis rue de Paris BP 60401 35704 RENNES Cedex 7
- Par mail : [volley@cerclepaulbert.asso.fr](mailto:volley@cerclepaulbert.asso.fr)



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## 1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

## 2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION  
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

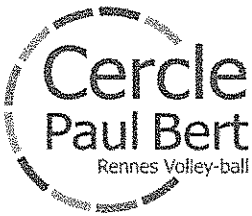
**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....  
.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



# Camp d'ETE ILE D'YEU BEACH VOLLEY

## FICHE D'INSCRIPTION

Nom de l'enfant	: .....	Prénom de l'enfant :	.....
Date de naissance	: .....		
Adresse	: .....		
	: .....		
Mail	: .....		
N° de Téléphone Domicile :	.....	Portable :	.....
Personne responsable de l'enfant :	<b>Père - Mère - Tuteur</b> <sup>(1)</sup>		<i>Rayer la mention inutile</i> <sup>(1)</sup>

Nom et prénom de la mère :	.....	Profession :	.....
Nom et adresse de l'employeur :	.....		
N° de téléphone	: .....	Portable :	.....
Nom et prénom du père :	.....	Profession :	.....
Nom et adresse de l'employeur :	.....		
N° de téléphone	: .....	Portable :	.....
N° Sécurité Sociale	: .....		
N° C. A. F.	: .....		

Votre enfant est-il couvert par une <b>assurance</b> prenant en charge les <b>activités extra-scolaires</b> ?		<b>OUI NON</b> <sup>(1)</sup>
Si OUI, laquelle ?	.....	N° de Contrat ? .....

Je soussigné, Mr et/ou Mme ....., représentant légal de .....

**Autorise** mon enfant à participer au camp d'été Beach Volley se déroulant à l'ILE D'YEU  
du ..... au .....

**Autorise** la publication, sur le site internet et sur tout support de communication du Club, les photos de mon  
fils, de ma fille (1).

**Autorise** le responsable du Camp à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident

*Rayer la mention inutile* <sup>(1)</sup>

Fait à RENNES, le .....

Signature du responsable légal,

# TOUT SAVOIR SUR LE TEST POUR PRATIQUER DES ACTIVITES NAUTIQUES : LE T.A.P.

## POURQUOI PASSER LE T.A.P. : TEST ANTI-PANIQUE

Depuis 2004, ce test est obligatoire pour tous les mineurs pratiquant des activités nautiques (Voiles, Kayak, Canoë, Avirons, Radeaux, Activité nautique motorisé, toute autre discipline liée au milieu nautique...) au sein d'un ACCUEIL COLLECTIF DE MINEUR : en Centre de Vacances ou Centre de Loisirs ou en Accueil de Scoutisme.

Il est simple à organiser.

## INTERET EDUCATIF

Ce test permet de détecter les jeunes ayant des difficultés à appréhender le milieu aquatique et ses activités. On parle alors de peur de l'eau ou aquaphobie. Il est généralement admis que 15% d'une population d'individu présentent plus ou moins ce type de difficultés. Pour pratiquer ce test, il est nécessaire de savoir nager. Il permet donc de détecter en prévention, les jeunes présentant ces difficultés pour la pratique des activités nautiques pouvant entraîner des immersions involontaires courtes sans danger par retournement d'embarcation. Si tel est le cas, il peut être intéressant de travailler et de proposer un parcours de progression au jeune pour qu'il apprenne à maîtriser ses émotions et son corps dans son rapport à l'environnement liquide. Ainsi la mise en place d'une progression adaptée en demandant conseil auprès des professionnels (BNSSA ou BEES).

Ce test se nomme officiellement : **TEST PRÉALABLE À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS AQUATIQUES ET NAUTIQUES EN CENTRE DE VACANCES OU EN CENTRE DE LOISIRS.**

## COMMENT PASSER LE TEST ANTIPANIC

- Prendre RDV avec le maître nageur sauveteur de la piscine pour lui demander de faire passer à xy pionniers caravelles marins ou jeunes scouts et guides le test anti-panique.
- Se présenter en unité à une piscine avec les photocopies du test vierge (renseigné des noms et prénoms) joint en annexe (P2 ci-dessous). Suite au test effectué, veiller à ce que chaque exemplaire soit signé et daté par le maître nageur sauveteur. Il est essentiel d'utiliser le format type car autrement il n'a aucune valeur légale.
- Confier l'original au jeune (ou sa famille) et ajouter à la fiche sanitaire de liaison de chaque jeune une copie de ce test.
- Lors de l'activité nautique, le responsable de l'activité doit être en possession des tests anti-paniques et des fiches sanitaires de chacun des jeunes en cas d'évacuation par des moyens maritimes ou autres pour disposer des documents au plus près des secours.

## COMMENT SE DERoule LE TEST

Le parcours est réalisé dans la partie d'un bassin ou d'un plan d'eau d'une profondeur au moins égale à 1m 80. 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 en canyon. Le parcours se fait sur 20 mètres avec passage sous une ligne d'eau.

## LA REGLEMENTATION DE REFERENCE

Arrêté du 20 juin 2003 modifié par l'arrêté du 3 juin 2004, Encadrement, organisation et pratique de certaines activités physiques dans les centres de vacances et les centres de loisirs sans hébergement.

*l'Annexe I [ modifié par l'arrêté du 3 juin 2004], TEST PRÉALABLE À LA PRATIQUE DES ACTIVITÉS AQUATIQUES ET NAUTIQUES EN CENTRE DE VACANCES OU EN CENTRE DE LOISIRS En centre de vacances ou en centre de loisirs, la pratique des activités de canoë-kayak et disciplines associées, de descente de canyon, de ski nautique et de voile est subordonnée à la production d'une attestation délivrée par :*

- soit une personne titulaire du titre de maître nageur sauveteur ou du brevet national de sécurité aquatique (BNSSA).
- soit une personne titulaire du brevet d'Etat d'éducateur sportif (BEES) dans l'activité nautique ou aquatique considérée ;
- soit les autorités de l'éducation nationale dans le cadre scolaire.

*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 1m 80. 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 en canyon.*

# ATTESTATION DE REUSSITE AU TEST ANTI-PANIQUE

ACCUEIL COLLECTIF DE MINEUR

Je, soussigné(e), .....

Titulaire du BNSSA / BEESAN / MNS(1) n° .....

Certifie que .....

A satisfait au test préalable à la pratique des activités aquatiques et nautiques en centre de vacances ou centre de loisirs, tel que défini dans l'annexe I de l'arrêté du 20 juin 2003, modifié par l'arrêté du 03 juin 2004, consistant à :

- partir en chute arrière volontaire d'un tapis disposé sur l'eau (en piscine) ou d'un support flottant (en milieu naturel),
- se déplacer dans l'eau sans présenter de signe de panique sur un parcours de 20 mètres, incluant un passage sous une ligne d'eau posée et non tendue,
- parcours réalisé dans la partie d'un bassin ou plan d'eau d'une profondeur au moins égale à 1m80,
- parcours effectué avec/sans (2) brassière de sécurité.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature

---

(1) Brevet National de Sécurité et de Sauvetage Aquatique, Brevet d'Etat d'Educateur Sportif en Activité Nautique, ou titre de Maître Nageur Sauveteur. (Rayer la mention inutile).

(2) Le parcours peut être effectué avec une brassière de sécurité, sauf pour la pratique du canyoning. (Rayer la mention inutile).

Une réunion de présentation et d'information est organisée le :

**Jeudi 29 Juin 2017 à 19 h 00**

**Foyer du C. P. B. Centre rez de chaussé à gauche**

*30 Bis Rue de Paris (accès parking par la Rue Paul Bert puis Rue François Bizette)*

D'autre part, en plus des effets personnels, il est demandé à l'enfant de prévoir les vêtements suivants

**indispensables à leur séjour :**

- . 1 casque de vélo si vous en possédez un
- . Serviettes de bain et plage
- . Maillots de bain
- . Casquette
- . 1 paire de chaussures fermée
- . Claquettes /Chaussons
- . Crème solaire
- . Crème anti-moustiques
- . Duvet ou draps

**à prévoir également :**

- . Lunettes de soleil
- . Jeux de société (cartes, jeux de rôles...)
- . Collyre
- . Lampe de poche
- . Tendeur pour vélo
- . CD, instruments de musique, jonglage,  
et tout ce qui nous permettra de passer un séjour  
plein d'ambiance!

Si vous êtes dans l'impossibilité d'assister à la réunion d'information, le rendez-vous pour l'embarquement est prévu le

**Vendredi 07 Juillet à 16H45 (si changement d'horaire, nous vous contacterons)**

**A la Gare Maritime de Fromentine**

Vous souhaitant bonne réception de la présente, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations sportives.

**Le Directeur du Séjour,  
Laurent CERTAIN.  
Ptb : 06.26.76.16.04.**