

NOM : ..... Prénom : ..... Age : .....

Né(e) le : ..... / ..... / ..... à : ..... Nationalité : .....

Poids : ..... kg      Taille : .....      Pointure de chaussure : .....      Sexe :  F /  M

Nom et Prénom du représentant légal pour les mineurs : .....

Adresse postale :

Email : .....@.....

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Tel travail : \_\_\_\_\_

Téléphones portable : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_


Contre-indication à la pratique de l'escalade et du canyoning :  OUI /  NON

Port de lunettes :  OUI /  NON    Lentilles de contact :  OUI /  NON    Appareil auditif :  OUI /  NON    Dentaire :  OUI /  NON

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_ Tel : \_/ \_/ \_/ \_/ \_

*« En cas d'urgence, le jeune accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. L'association s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides ».*

Nom, qualité (parents, tante, amie) et téléphone d'une ou deux personne(s) susceptible(s) d'être prévenu rapidement :

NOM :	
NOM :	

Numéro de Sécurité Social auquel le jeune est rattaché : \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_/ \_

Je soussigné ....., autorise ..... à participer aux activités de l'Association AJC Vertical Horizon. Je reconnais avoir pris connaissance des objectifs visés par l'association. J'autorise l'équipe d'encadrant à transporter..... dans leurs voitures personnelles ou des véhicules loués pour la sortie.

J'autorise l'association à effectuer des photos/vidéos de .....durant les différentes rencontres :  OUI /  NON

J'autorise l'association à utiliser ces photos/vidéos pour des tracts, des calendriers :  OUI /  NON

J'autorise l'association à utiliser ces photos/vidéos pour illustrer le site internet :  OUI /  NON

Date: .....

Signature (inscrire lu et approuvé) :

## ATTESTATION D'ASSURANCE

« Je soussigné : ..... responsable légal de : .....

J'ai noté que la loi fait obligation aux associations d'assurer leur responsabilité civile vis à vis de leurs adhérents et participants.

Outre cette garantie qui sera acquise, **chaque participant** à l'association **doit être personnellement** couvert par une assurance accident corporel intégrant une assistance vacances et la pratique des sports et activités de loisirs pratiquées (escalade, canyoning).

- **Je souscris** à « Passeport Montagne » et je **fournis l'attestation d'assurance**  
Voir sur le site <https://www.passeportmontagne.com/>  
Carte jeune : 11 euros (moins de 16 ans), 19,50 euros (plus de 16 ans et adulte)  
Attention : 2 périodes de validité.
  
- **Je ne souscris pas** à l'assurance Passeport montagne, car je suis couvert pour toutes les activités de sports de montagne (entre autre **escalade et canyoning**) par un contrat avec ma compagnie d'assurance. **Je fournis impérativement une attestation d'assurance** qui mentionne **l'escalade et le canyoning.** »

Fait à : ..... Le : .....

Signature (Précédé de la mention lu et approuvé) :

**Formulaire de renseignements, d'information et de consentement pour la réalisation d'un examen de dépistage de la covid-19 utilisant, selon le cas, un test antigénique, RT-PCR ou un autotest**

Pour participer au dépistage, le mineur devra fournir :- **ce formulaire complété ;  
- une copie de la carte Vitale ou une copie de l'attestation de droits à la sécurité sociale**

**Recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale**

**Ce formulaire est utilisé dans le cadre de la surveillance des mineurs présentant des signes évocateurs de la covid-19, des cas confirmés et des cas contacts lors d'accueil collectif de mineurs avec hébergement.**

Il est rappelé qu'une opération de dépistage sera organisée :

- Au bénéfice des mineurs de moins de 12 ans indépendamment de leur statut vaccinal et des mineurs de 12 ans et plus avec un schéma vaccinal complet
  - pour la levée de l'isolement des mineurs cas positifs ou présentant des signes évocateurs de la covid-19 avec **la réalisation à J5 d'un test antigénique ou RT-PCR** ;
  - pour la surveillance des mineurs cas contacts **avec la réalisation à J0 d'un test antigénique ou RT-PCR ainsi que d'autotests à J2 et à J4** lors de la survenue d'un cas confirmé au sein de l'accueil.
- Au bénéfice des mineurs de 12 ans et plus non vaccinés ou avec un schéma vaccinal incomplet
  - pour la levée de l'isolement des mineurs cas positifs ou présentant des signes évocateurs de la covid-19 avec **la réalisation à J7 d'un antigénique ou RT-PCR** ;
  - pour la levée de la quarantaine de 7 jours pleins des mineurs cas contacts avec **la réalisation d'un test antigénique ou RT-PCR.**

Les mineurs dont les responsables légaux auront donné leur consentement réaliseront, selon le cas susmentionné, :

- soit un **test antigénique ou RT-PCR en pharmacie ou laboratoire d'analyse** ;
- soit un **autotest** effectué au sein de l'accueil.

Ce dernier est réalisé, pour les mineurs de moins de 12 ans, **avec l'aide et sous la supervision des personnes désignées par le responsable de l'accueil pour assurer cette mission.** Les mineurs de 12 ans et plus **pourront réaliser eux-mêmes les autotests sous la supervision des personnes désignées par le responsable de l'accueil pour assurer cette mission.**

Les mineurs n'ayant pas participé aux opérations de dépistage, notamment ceux dont les responsables légaux n'ont pas donné leur consentement à la réalisation des tests, ne pourront pas poursuivre leur participation à l'accueil s'ils présentent des symptômes évocateurs de la covid-19, sont cas positifs ou cas contacts. **Les mesures d'isolement et de quarantaine, selon les cas, s'appliqueront strictement.**

Je soussigné (NOM) .....

(Prénom) ....., parent ou autre responsable légal du mineur désigné ci-après, consens à la réalisation, dans les cas susmentionnés, de tests antigéniques, RT-PCR ou d'autotests pour ce mineur durant l'accueil collectif de mineurs avec hébergement organisé du au 2022.

Je suis informé que je peux retirer mon consentement à tout moment.

**Informations d'identité du mineur (en cas de consentement à la réalisation d'un test)**

N° de sécurité sociale de l'assuré auquel est rattaché le mineur :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM et prénom du mineur : .....

Sexe : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

N° téléphone fixe ou mobile du ou des parents / du responsable légal : .....

Courriel des parents / du responsable légal : .....@.....

**Le résultat du test du mineur sera communiqué aux parents ou au responsable légal.**

**En cas de résultat positif, ceux-ci sont invités à en informer sans délai le responsable de l'accueil.** La mention du téléphone mobile et du courriel des parents est essentielle pour permettre l'envoi des résultats du test par le système d'information national SI-DEP.



**VERTICAL – HORIZON AJC**  
103 Les Jacamons - 26400 CHABRILLAN

[WWW.VERTICAL-HORIZON.EU](http://WWW.VERTICAL-HORIZON.EU)

06 10 84 51 68  
vertical.horizon.gre@gmail.com

## RESPONSABILITES

(à remplir obligatoirement et à renvoyer avant le début du séjour)

### Le responsable :

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_

Autorise mon enfant : \_\_\_\_\_

(Cocher la case lorsque vous donnez votre accord)

- A recevoir les soins nécessaires en cas d'urgence ;
- A être transporté dans les véhicules du camp ;
- J'autorise l'assistant sanitaire à superviser mon enfant pour un autotest Covid s'il présente des symptômes ou s'il est cas contact pendant le séjour.

Date :

Signature :

Le

### Le participant :

Je, soussigné(e), \_\_\_\_\_, Déclare :

(Cocher la case lorsque vous donnez votre accord)

- Être motivé(e) par l'objet du camp
- Respecter la personne, la pensée et le corps de chacun
- Respecter le matériel, le voisinage et la nature
- M'impliquer dans la vie du camp (vie quotidienne, tâches collectives, activités)
- Respecter l'interdiction de consommer de l'alcool, des drogues et/ou des cigarettes
- Respecter la non-mixité dans les tentes
- Respecter les horaires de lever et de coucher
- Respecter l'utilisation du portable selon les règles du séjour.
- Respecter les règles sanitaires liées au COVID-19

Date :

Signature



VERTICAL – HORIZON AJC  
103 Les Jacamons - 26400 CHABRILLAN

[WWW.VERTICAL-HORIZON.EU](http://WWW.VERTICAL-HORIZON.EU)

06 10 84 51 68

[vertical.horizon.gre@gmail.com](mailto:vertical.horizon.gre@gmail.com)



**Pour valider votre inscription, merci de nous faire parvenir le dossier complet par courrier à l'adresse ci-dessus.**

(avant le début du séjour pour limiter les oublis)

- Fiche de renseignement
- Fiche d'attestation d'assurance + justificatif d'assurance (passeport montagne ou autre)
- Formulaire pour l'autorisation d'un dépistage
- Fiche responsabilités (signature adulte et jeune)
- Fiche sanitaire de liaison ( + copie des vaccinations)
- **Acompte** (50 euros en priorité) à joindre au dossier  
ou **solde complet** (au plus tard 1 semaine avant le début du camp)
  - Chèque à l'ordre de « Association Jeunesse des CAEF »
  - RIB ci-dessous.
  - Chèques vacances acceptés.
  - VACAF selon les départements (se mettre en lien avec Vertical-Horizon par email, ou via le site, ou par téléphone. Sur messagerie, nous vous contacterons)

**Crédit Mutuel**

CCM SEYSSINS  
TEL 04-76-95-60-32

100 AVENUE GENERAL DE GAULLE  
38180 SEYSSINS

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Relevé d'identité bancaire-IBAN

Ce relevé est destiné à être remis, sur leur demande, à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte (virements, paiements, etc...)

This statement is intended to be delivered, to those of your creditors or debtors who have transactions posted to account (credit, transfers, payments, etc....)

Code Banque	Code Guichet	Numéro de Compte	Clé RIB	Domiciliation
10278	08951	00020140002	81	CCM SEYSSINS

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account number)	BIC (Bank Identification Code)
FR76 1027 8089 5100 0201 4000 281	CMCIFR2A

TITULAIRE DU COMPTE  
ACCOUNT OWNER

ASSOCIATION JEUNESSE DES CAEF  
CHEZ MME RICHARD BELINDA  
5 GRANDE RUE  
26400 GRANE



# 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  
MEDICAMENTEUSES  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 :