

Pôle des affaires scolaires et périscolaires

Madame Laura BOCCARDI

Responsable du pôle

01 49 35 25 27

enfance@mairie-villemomble.fr

OBJET : Demande d'inscription au séjour « Viva Corsica » pour les vacances d'été 2024.

Madame, Monsieur,

J'ai le plaisir de vous informer que vous pouvez solliciter une inscription pour votre enfant au séjour « Viva Corsica », **du mardi 2 avril au vendredi 19 avril 2024 inclus**, pour les congés scolaires d'été 2024.

A cette fin, il vous suffit de remplir et de retourner au pôle des affaires scolaires et périscolaires le dossier ci-joint, dûment complété et signé, durant cette période.

Toutefois, nous attirons votre attention sur le fait que les séjours proposés restent sous réserve de **l'évolution des mesures sanitaires** qui pourraient être prises d'ici le début du séjour sollicité. Les éventuels protocoles sanitaires à respecter lors du séjour, vous seront communiqués à l'occasion de la confirmation du séjour par le prestataire, le cas échéant.

**Tout dossier incomplet ne pourra être pris en considération
et sera systématiquement retourné.**

SÉJOURS PROPOSÉS : Séjour « Viva Corsica »

Pour les jeunes âgés de 14 ans à 17 ans révolus.

Informations disponibles dans la brochure des séjours d'été 2024.

SÉJOUR 1 : du jeudi 11 juillet au mercredi 24 juillet 2024

SÉJOUR 2 : du jeudi 01^{er} août au mercredi 14 août 2024

TARIFS : 575.04 euros pour le séjour, tarif de référence qui servira à calculer le quotient familial (1149.96 euros pour les hors Villemomble).

La ville se réserve le droit d'apporter toutes modifications sur le fonctionnement selon les effectifs d'inscrits.

CONDITIONS D'INSCRIPTION : Peut être inscrit tout jeune Villemombois répondant aux critères d'âges précisés ci-dessus. Les hors Villemomble ne pourront être accueillis qu'en fonction des places disponibles.

L'admission ne sera définitive qu'après acceptation écrite du service, dans la mesure où toute dette communale est acquittée et dans la limite des places disponibles.

CONDITIONS D'ANNULATION : Compte tenu de l'obligation pour la commune de réserver à l'avance les séjours pour lesquels elle ne peut se dédire des frais engagés, **tout séjour confirmé et non annulé par écrit fera l'objet d'un dédit d'annulation selon les conditions suivantes :**

- Annulation formulée entre 40 à 6 jours avant la date du départ : 60 % du tarif du séjour applicable à la famille (en fonction du quotient familial).
- Annulation formulée entre 6 jours avant la date du départ au jour du départ : 80 % du tarif du séjour applicable à la famille (en fonction du quotient familial).

Toutefois, ce dédit ne sera pas facturé en cas d'accident ou de maladie expressément justifié par un certificat médical adressé au pôle des affaires scolaires et périscolaires.

RAPATRIEMENT DISCIPLINAIRE :

En cas de comportement incompatible avec la vie en collectivité ou de non-respect des consignes données sur place, un rapatriement disciplinaire pourrait être décidé. Le surcoût induit serait totalement à la charge des familles.

CONSTITUTION DU DOSSIER DE DEMANDE D'INSCRIPTION A RETOURNER AU PÔLE DES AFFAIRES SCOLAIRES ET PERISCOLAIRES :

- La fiche de renseignements ;
- La fiche de renseignements (fournie par l'organisme), dûment remplie et complétée, accompagnée d'une photo d'identité.
- La fiche sanitaire de liaison (fournie par l'organisme), dûment remplie, complétée et signée, joindre une copie du carnet de vaccination **(1)**
- La charte d'engagement du jeune (fournie par l'organisme) dûment signée par le participant et le responsable légal.
- Le test préalable à la pratique des activités aquatiques et nautiques (fourni par l'organisme) à faire compléter et signer par un maître-nageur sauveteur.
- L'autorisation parentale pour la pratique de la plongée (fournie par l'organisme) dûment remplie, complétée et signée.
- Le certificat médical de non contre-indication à la pratique des activités subaquatiques (fourni par l'organisme) à faire compléter et signer par votre médecin.
- La demande de cession de droit à l'image (fournie par l'organisme) dûment remplie, complétée et signée par le responsable légal.
- **Une attestation d'assurance en cours de validité, au nom de l'enfant et comprenant : la responsabilité civile, l'individuelle accident extra-scolaire, le rapatriement sanitaire.**
- Une photocopie de l'attestation de l'Assurance maladie du responsable sur laquelle figure l'enfant et la photocopie (recto/verso) de la mutuelle.
- Pour les bénéficiaires du régime CMU, fournir la photocopie de l'attestation de droits à l'assurance maladie **en cours de validité**.
- Le cas échéant, tout document officiel concernant l'exercice de l'autorité parentale et fixant la résidence principale de l'enfant, pour les parents séparés ou divorcés.
- Photocopie d'un justificatif de domicile datant de moins de trois mois (Quittance de loyer, attestation de contrat ou facture d'énergies, d'électricité, de gaz, téléphone fixe, bail de location, abonnement internet).
 - Pour les familles hébergées :
 - Attestation sur l'honneur établie par l'hébergeant(e) **(2)**
 - Photocopie recto-verso de la pièce d'identité de l'hébergeant **(2)**
 - Un justificatif de domicile de l'hébergeant datant de moins de trois mois (quittance de loyer, attestation de contrat ou facture d'énergies, d'électricité, de gaz, téléphone fixe, bail de location, abonnement internet).

Pour le cas particulier des hébergements pris en charge par un organe social, il est uniquement exigé une attestation d'hébergement à l'entête de l'organisme, datant de moins de 3 mois.

- Pour établir votre quotient familial : copie intégrale de votre avis d'imposition 2022 (sur les revenus de l'année 2021) de chaque responsable constituant le foyer et de l'attestation des prestations versées par la Caisse d'Allocations Familiales **(2)**.

(1) Tout problème de santé impliquant des contraintes d'accueil particulières ou un PAI notamment alimentaire (allergies), devra faire l'objet d'un courrier spécifique accompagné d'un dossier médical, explicitant la situation et les mesures à prendre sur place. Un accord devra être prononcé à l'issue, en fonction des possibilités d'accueil individualisé pour confirmer le départ de votre enfant.

(2) Ne pas procurer ces documents si vous les avez déjà fournis au pôle des affaires scolaires et périscolaires pour l'année scolaire 2023/2024.

Si vous êtes concernés, vous pourrez faire valoir les aides aux vacances accordées par la Caisse d'Allocations Familiales au moment de l'inscription.

A FOURNIR DANS LES 15 JOURS AU PÔLE DES AFFAIRES SCOLAIRES ET PÉRISCOLAIRES APRÈS ACCEPTATION DU SÉJOUR :

- La copie lisible de la première page du passeport (où figure la photo) ou de la carte nationale d'identité, en cours de validité.

POUR LE DÉPART, VOTRE ENFANT DEVRA OBLIGATOIREMENT ÊTRE MUNI :

- soit d'un **passeport individuel** en cours de validité, soit d'une **carte nationale d'identité** en cours de validité

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à Villemomble,

Le 2 avril 2024

L'Adjoint au Maire
Chargé de l'Enfance, de la Jeunesse,
et de la restauration scolaire



Serge ZARLÓWSKI

VILLE DE VILLEMOMBLE
 Pôle des affaires scolaires et périscolaires
 ☎ : 01 49 35 25 23 - enfance@mairie-villemomble.fr
 DEMANDE D'INSCRIPTION AU SÉJOUR « **Viva Corsica** »
 Séjour d'été 2024

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
 A retourner avec le dossier complet au pôle
 des affaires scolaires et périscolaires
Du mardi 2 avril au vendredi 19 avril 2024
Remplir une demande par enfant

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA COMPOSITION DU FOYER ACTUEL	
<p style="text-align: center;">Représentant N° 1 de la famille :</p> <p>Civilité : Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/></p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p style="text-align: center;">LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT :</p> <p><input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) <input type="checkbox"/> Tutrice :</p> <p style="text-align: center;">SITUATION FAMILIALE :</p> <p><input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé * <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé * <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> PACS</p> <p>* Résidence de l'enfant en cas de divorce ou de séparation (fournir une copie du jugement) :</p> <p>OBLIGATOIRE : Pour vous joindre facilement :</p> <p>☎ Domicile :</p> <p>☎ Professionnel :</p> <p>📞 Portable :</p> <p>✉ Email :</p>	<p style="text-align: center;">Représentant N° 2 de la famille :</p> <p>Civilité : Mr <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/></p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Adresse :</p> <p style="text-align: center;">LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ENFANT :</p> <p><input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Beau-père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Belle-mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) <input type="checkbox"/> Tutrice :</p> <p style="text-align: center;">SITUATION FAMILIALE :</p> <p><input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé * <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> Divorcé * <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> PACS</p> <p>* Résidence de l'enfant en cas de divorce ou de séparation (fournir une copie du jugement) :</p> <p>OBLIGATOIRE : Pour vous joindre facilement :</p> <p>☎ Domicile :</p> <p>☎ Professionnel :</p> <p>📞 Portable :</p> <p>✉ Email :</p>
Nom – Prénom – Adresse et signature obligatoire du payeur du séjour :	
En cas de parents séparés, préciser le nom, prénom et adresse du parent ne faisant pas partie du foyer actuel :	
<i>En cas d'absence ou d'urgence</i> : nom (s) de la (les) personne (s) à prévenir, lien de parenté, adresse et téléphone :	



DEMANDE D'INSCRIPTION FORMULÉE POUR :

Les enfants de 14 ans révolus à 17 ans

COCHEZ LE SÉJOUR SOUHAITÉ :

SÉJOUR 1 : du jeudi 11 juillet au mercredi 24 juillet 2024	
SÉJOUR 2 : du jeudi 1 ^{er} août au mercredi 14 août 2024	

Identité de l'enfant :

NOM :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Sexe :

Age :

Etablissement scolaire fréquenté :

Classe :

Ces séjours restent sous réserve de l'évolution des mesures sanitaires qui pourraient être prises d'ici le début du séjour sollicité. Les éventuels protocoles sanitaires à respecter lors du séjour, vous seront communiqués à l'occasion de la confirmation du séjour par le prestataire, le cas échéant.

Observations particulières :

J'atteste avoir pris connaissance de toutes les modalités d'inscription, de fonctionnement et de rapatriement disciplinaire explicitées dans le courrier de demande d'inscription. Je m'engage à rembourser les éventuels frais médicaux, d'hospitalisation avancés par l'organisme.

Date et signature précédées de la mention « lu et approuvé » :



AROÉVEN ORLÉANS-TOURS

4 Rue Marcel Proust 45000 ORLÉANS

Tel : 02.38.79.46.11

email : aroeven.centre@aroeven.fr

Photo

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2024

Séjour : **VIVA CORSICA**

Date : **du 11/07/2024 au 24/07/2024**

Inscription : **Villemomble**

NOM de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance : Age :

Sexe : F M Nationalité : Classe :

RENSEIGNEMENT RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

RESPONSABLE de l'enfant : PÈRE MÈRE REPRÉSENTANT LÉGAL

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

Email : Tél.1 : Tél.2 :

➔ En cas d'urgence pendant le séjour, merci de nous indiquer comment nous pouvons vous joindre 24h/24 et 7j/7

Tél.1 : Tél.2 :

LE CAS ÉCHÉANT : coordonnées de l'éducateur(rice) ou de l'assistant(e) social(e) en charge du jeune joignable avant, pendant et après le séjour :

NOM : PRÉNOM :

Email : Tél.1 : Tél.2 :

N° Sécurité Sociale :

Adresse de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie :

Joindre la copie de l'attestation de droits à l'assurance maladie + la copie de la carte de mutuelle recto/verso

➔ L'Aroéven fait l'avance des frais médicaux durant le séjour. Le montant de ces frais est à régler à la réception de la facture.

FICHE SANITAIRE

Merci de noter soigneusement toutes les indications que vous jugez utiles à communiquer à l'équipe d'animation dans la fiche sanitaire ci-jointe : comportement de l'enfant, recommandations particulières, régime alimentaire...

Joindre la photocopie des pages de vaccination du carnet de santé de votre enfant. S'il n'est pas à jour de ses vaccinations obligatoires, merci de joindre impérativement un certificat médical de non-contre-indication à la vie en collectivité

DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

(Cette déclaration devra obligatoirement être remplie et signée par le responsable légal de l'enfant)

Je soussigné(e) (nom, prénom du responsable) :

Agissant en qualité de Père Mère Représentant légal

Autorise (nom, prénom du jeune) :

- A participer au séjour
- A pratiquer les activités proposées dans le cadre du séjour.

Je déclare :

M'engager à prendre connaissance des conditions générales des séjours.

1. M'engager à prendre contact par courrier, mail ou téléphone avec l'association pour lui transmettre toutes les informations concernant le jeune, nécessaires au bon fonctionnement du séjour.
2. M'engager à lire avec le jeune et à signer l'engagement moral ci-dessous.
3. M'engager à tenir informé l'enfant sur la destination du séjour ainsi que sur les activités proposées.
4. M'engager à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation avancés par l'Aroéven qu'ils soient remboursés ou non par la sécurité sociale. Les feuilles de soins vous seront envoyées à réception du règlement pour vous faire rembourser par votre CPAM.
5. Dégager la responsabilité de l'AROEVEN avant l'heure de regroupement et après la dispersion du groupe indiquée dans la convocation de départ – retour.
6. M'engager, en cas de renvoi pour raison d'inadaptation, à prendre à ma charge les frais dus à un retour individuel de mon enfant ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur et à renoncer à toute demande de remboursement de séjour.
7. M'engager en cas de vol, vandalisme, détérioration, vol ou perte d'affaire personnel (ex : portable, console...) à ne pas tenir l'Aroéven pour responsable.
8. **Droit à l'image** : Merci de bien vouloir signer « la demande de cession de droit à l'image » ci-jointe.

Fait à Le.....

Signature du responsable :

ENGAGEMENT MORAL

ENGAGEMENT DE L'ÉQUIPE D'ENCADREMENT

La vie de groupe nécessite de mettre en place des règles de vie. La réglementation des centres de vacances impose de respecter des directives précises destinées à assurer la sécurité de tous et les meilleures conditions de vie collective. L'équipe du centre de vacances s'engage à : favoriser des relations conviviales et solidaires entre tous, respecter le programme d'activités proposées, fournir les moyens nécessaires à la réalisation de ce programme, à respecter les jeunes par l'écoute des besoins et des désirs dans le cadre institutionnel légal d'un centre de vacances.

ENGAGEMENT DU JEUNE

***Pour les enfants de 6 à 10 ans** : Je m'engage à respecter les règles de vie du séjour, à avoir une attitude correcte avec l'ensemble du groupe (jeunes et adultes) ainsi qu'à respecter le matériel du centre de vacances où je vais séjourner. Toute conduite susceptible de nuire au bon fonctionnement du groupe (non-respect des règles, violences verbales ou physiques, vol, harcèlement...) pourrait entraîner des mesures adaptées pouvant aller jusqu'à l'interruption du séjour aux frais des responsables légaux.

Les portables seront strictement interdits pour vivre pleinement le séjour.

***Pour les jeunes de 11 à 17 ans** : Merci de bien vouloir signer « la charte de l'engagement du jeune » ci-jointe.

Fait à Le.....

Signature du jeune :

Signature du responsable :



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
Diphthérie				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 :



DEMANDE DE CESSION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) : _____

Demeurant : _____

Responsable légal de : _____

Autorise l'association Aroéven Orléans-Tours, domiciliée 4 rue Marcel Proust 45000 ORLÉANS,

A capturer, stocker, utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des supports fixant l'image ou la voix de mon enfant mineur (mentionné ci-dessus) réalisés dans le cadre du séjour _____ durant la période du _____

J'autorise également à exploiter ces supports, en partie ou en totalité, à des fins d'enseignement et de recherche, culturel ou scientifique ou d'exploitation commerciale à destination de ses bénéficiaires.

Refuse que l'association Aroéven Orléans-Tours, domiciliée 4 rue Marcel Proust 45000 ORLÉANS, capture l'image ou la voix de mon enfant mineur (mentionné ci-dessus) dans le cadre du séjour _____ durant la période du _____

☛ Conformément à la réglementation générale à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant qui seront conservées pendant 3 ans.

Pour exercer ce droit, adressez-vous à :

**Aroéven Orléans-Tours
4 rue Marcel Proust
45000 ORLEANS**

ou par mail :

aroeven.centre@aroeven.fr

Fait à :

le :

Signature :



**AUTORISATION PARENTALE POUR LA PRATIQUE DE
LA PLONGÉE SOUS-MARINE**

Je soussigné(e) (Nom et Prénom)

Agissant en qualité de responsable légal : père, mère, représentant
légal (Rayez la mention inutile)

Demeurant,
.....
.....

Autorise le jeune (Nom et Prénom).....

Né(e) le ___ / ___ / _____

A exercer l'activité plongée sous-marine lors du séjour de vacances
organisé par l'Aroéven Orléans-Tours pour la saison été 2023.

De plus, j'autorise le responsable du séjour ou les animateurs à
prendre toutes les mesures qui leurs sembleront utiles pendant le
déroulement de cette activité notamment, le cas échéant, en
matière médicale.

Fait à _____ le ___ / ___ / _____

Signature du représentant légal



CHARTRE D'ENGAGEMENT DU JEUNE DE 11 A 17 ANS

Tu as choisi de t'inscrire à un séjour de l'Aroéven dont le but est de faire passer à tous les participants des vacances saines, agréables et enrichissantes.

Le centre de vacances est un lieu de **vie citoyenne** où tu vas vivre en groupe, sous la responsabilité de personnels qualifiés.

Afin de développer cette citoyenneté et de bien vivre ensemble, tu auras donc des **DROITS** (émettre un avis, faire des propositions, être respecté...) et des **DEVOIRS**, par le respect d'un ensemble de règles portant sur :

- **la législation** (interdiction de fumer, de consommer des alcools et produits illicites, non mixité dans les chambres),
- **la sécurité** (respect des consignes, du matériel),
- **la vie collective** (respect des horaires, des participants, des lieux),
- **la vie quotidienne** (participation active aux tâches liées au fonctionnement du séjour),
- **les activités** (investissement dans les diverses propositions et dans leur mise en œuvre).
- **l'utilisation du téléphone portable** sera cadrée, conformément aux règles définies dans le projet pédagogique du séjour.

Toute conduite susceptible de nuire au bon fonctionnement du groupe (non-respect des règles, violences verbales ou physiques, atteinte à la sécurité d'autrui, comportement à risques, vol, harcèlement, usage de produits illicites, ...) remettrait en cause ce contrat, ce qui pourrait entraîner des mesures adaptées pouvant aller jusqu'à l'interruption du séjour aux frais des responsables légaux.

Nous comptons sur ta collaboration et sommes prêts à recevoir toute proposition allant dans le sens d'une meilleure qualité de la vie collective et d'une amélioration du séjour.

J'ai bien pris connaissance de cette charte et je m'engage à la respecter.

Nom et prénom du participant :

Séjour :

Signature du jeune :

Signature du responsable légal :



ATTESTATION DU « PASS-NAUTIQUE »
PRÉALABLE A LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS NAUTIQUES ET
AQUATIQUES DANS LES ACCUEILS COLLECTIFS DE MINEURS
(Accueils relevant des articles L. 227-4 et R. 227-1 du code de l'action sociale et des familles)

Références : Code de l'action sociale et des familles : article R. 227-13 et à l'arrêté du 25 avril 2012 ;
Circulaire du 30 mai 2012 (Fiche n°3) ; Code du sport : A322-3 (1-2-3)

Le test « Pass-Nautique » prévu à l'article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012 a pour objet de vérifier l'aisance aquatique d'un mineur avant de participer à une activité des activités suivantes :

- canoë, kayak et activités assimilées ;
- radeau et activités de navigation assimilées ;
- certaines activités de voile.

La réussite au même test est requise mais la capacité à nager est obligatoirement vérifiée (**test réalisé sans brassière de sécurité**), pour les activités suivantes :

- canoë, kayak et activités assimilées : activité de perfectionnement du canoë, du kayak, du raft et de la navigation à l'aide de toute autre embarcation propulsée à la pagaie (fiche 3.2) ;
- canyonisme (fiche 4) ;
- nage en eau vive (fiches 10.1 et 10.2) ;
- surf (fiche 18) ;
- navigation à la voile au-delà de 2 milles nautiques d'un abri (fiche 20.3) ;
- navigation dans le cadre du scoutisme marin (fiche 20.4) ;
- vol libre : activités de glisse aérotractée nautique (fiche 21.4).

Pour les activités de découverte du canoë, du kayak, du raft et d'autres embarcations propulsées à la pagaie (fiche 3.1), ainsi que pour la navigation diurne en planche à voile, dériveur léger et multicoque léger ou autre embarcation à moins de 2 milles nautiques d'un abri (fiches 20.1 et 20.2), le test peut être réalisé avec brassière de sécurité.

Date du test :

Nom et prénom du mineur :

Aptitudes vérifiées et acquises (mettre une croix dans les cases correspondantes)

- | | |
|--|--------------------------|
| • Effectuer un saut dans l'eau | <input type="checkbox"/> |
| • Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes | <input type="checkbox"/> |
| • Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes | <input type="checkbox"/> |
| • Nager sur le ventre pendant 25 mètres | <input type="checkbox"/> |
| • Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant | <input type="checkbox"/> |

Test réalisé : **avec brassière** **sans brassière**

Résultat du test : **satisfaisant** **non satisfaisant**

Personne ayant fait passer le test :

Nom et prénom :

Qualification (voir informations au verso) :

Etablissement d'appartenance :

N° de carte professionnelle d'éducateur sportif (sauf BNSSA) :

Signature :

Liste des personnes habilitées à faire passer le test :

- Les personnes ayant le titre de maître-nageur-sauveteur (MNS)
- Les titulaires du brevet national de sécurité et de sauvetage aquatique (BNSSA)
- Les détenteurs des diplômes suivants :
 - BEES option canoë-kayak et disciplines associées
 - BEES option voile
 - BEES option surf
 - BPJEPS spécialité activités nautiques avec mention canoë-kayak et disciplines associées, ou voile ou surf
 - BPJEPS spécialité activités nautiques avec UCC canoë-kayak ou planche à voile
 - DE JEPS spécialité perfectionnement sportif avec CS canoë-kayak et disciplines associées en mer ou CS natation en eau libre ou CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique
 - DES JEPS spécialité performance sportive mention canoë-kayak et disciplines associées en eau vive
 - DES JEPS spécialité performance sportive mention natation course et CS natation en eau libre ou CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique
 - DES JEPS spécialité performance sportive mention natation synchronisée avec CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique
 - DES JEPS spécialité performance sportive mention water-polo avec CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique
 - DES JEPS spécialité performance sportive mention plongeon avec CS sauvetage et sécurité en milieu aquatique

Test admis en équivalence :

- **L'Attestation du Savoir Nager en Sécurité**

Arrêté du 28/02/2022

Article A 322-3-3 du Code du sport

- **Le Sauv'Nage (amené à disparaître au profit de l'attestation du Savoir Nager en Sécurité)**

L'attestation de réussite au test commun des fédérations ayant la natation en partage répondant au moins aux exigences définies par le décret est équivalente au test défini par l'arrêté

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DES ACTIVITES SUBAQUATIQUES

Je soussigné, Docteur :

certifie :

- avoir pris connaissance de la liste des contre-indications à la pratique de la plongée sous-marine établie par la Commission Médicale et de Prévention Nationale de la FFESSM (cf. verso)
- avoir examiné :

Mr, Mme, Melle :

Né(e) le :

Demeurant à :

et déclare qu'il (elle) ne présente pas à ce jour de contre-indication cliniquement décelable à la pratique des activités sub-aquatiques.

Fait à :

le :

Signature et tampon (obligatoire)

Le présent certificat, valable 1 an sauf maladie intercurrente ou accident de plongée est remis en mains propres à l'intéressé(e) qui a été informé(e) des risques médicaux encourus.

Informations au médecin signataire

L'article L 231-2 du Nouveau Code de la Santé Publique prévoit que les Fédérations doivent veiller à la santé de leurs licenciés. En application de l'article L.231-2 de ce Code, la délivrance de ce certificat ne peut se faire qu'après un « examen médical approfondi » qui doit permettre le dépistage d'une ou plusieurs affections justifiant une contre indication temporaire ou définitive ; la liste indicative de ces affections figure au verso de ce certificat dont la délivrance doit être mentionnée dans le carnet de santé prévu par l'article L 2132-1 . Si le recours à un Médecin Fédéral FFESSM ou spécialisé en Médecine subaquatique et hyperbare vous paraît souhaitable , la liste de ces médecins est disponible auprès des structures fédérales de la FFESSM ou en consultant les sites web régionaux accessibles à partir de www.ffessm.fr

CONTRE-INDICATIONS à la PLONGEE en SCAPHANDRE AUTONOME

Février 2007

Cette liste est indicative et non limitative. Les problèmes doivent être abordés au cas par cas, éventuellement avec un bilan auprès d'un spécialiste, la décision tenant compte du niveau technique (débutant, plongeur confirmé ou encadrant).

En cas de litige, la décision finale doit être soumise à la Commission Médicale Régionale, puis en appel, à la Commission Médicale Nationale.

	Contre indications définitives	Contre indications temporaires
Cardiologie	Cardiopathie congénitale Insuffisance cardiaque symptomatique Cardiomyopathie obstructive Pathologie avec risque de syncope Tachycardie paroxystique BAV II ou complet non appareillés Shunt D G découvert après accident de décompression à symptomatologie cérébrale ou cochléo-vestibulaire	Hypertension artérielle non contrôlée Infarctus récent et angor Péricardite Traitement par anti arythmique Traitement par bêta-bloquants par voie générale ou locale : à évaluer (*)
Oto-rhino-laryngologie	Cophose unilatérale Évidement pétromastoïdien Ossiculoplastie Trachéostomie Laryngocèle Déficit audio. bilatéral à évaluer par audiométrie Otospongiose opérée	Épisode infectieux Polypose nasosinusienne Obstruction tubaire Syndrome vertigineux Perforation tympanique
Pneumologie	Insuffisance respiratoire Pneumopathie fibrosante Vascularite pulmonaire Asthme à évaluer (*) Pneumothorax spontané ou maladie bulleuse, même opéré Chirurgie pulmonaire	Pathologie infectieuse Pleurésie Traumatisme thoracique
Ophthalmologie	Pathologie vasculaire de la rétine, de la choroïde, ou de la papille Kératocône Prothèse ou implant creux	Chirurgie du globe oculaire sur 6 mois, y compris laser Détachement rétinien
Neurologie	Épilepsie Syndrome déficitaire sévère Pertes de connaissance itératives Effraction méningée neurochirurgicale, ORL ou traumatique	Traumatisme crânien grave à évaluer
Psychiatrie	Affection psychiatrique sévère Incapacité motrice cérébrale Éthylisme chronique	Traitement antidépresseur, anxiolytique, par neuroleptique ou hypnogène Alcoolisation aiguë
Hématologie	Thrombopénie périphérique, thrombopathies congénitales. Phlébites à répétition, troubles de la crase sanguine découverts lors du bilan d'une phlébite. Hémophiles : à évaluer (*)	Phlébite non explorée
Gynécologie		Grossesse
Métabolisme	Diabète traité par insuline : à évaluer (*) Diabète traité par antidiabétiques oraux (hormis biguanides) Troubles métaboliques ou endocriniens sévères	Tétanie / Spasmophilie
Dermatologie	Différentes affections peuvent entraîner des contre-indications temporaires ou définitives selon leur intensité ou leur retentissement pulmonaire, neurologique ou vasculaire	
Gastro-Entérologie	Manchon anti-reflux	Hernie hiatale ou reflux gastro-œsophagien à évaluer
Toute prise de médicament ou de substance susceptible de modifier le comportement peut être une cause de contre-indication		
La survenue d'une maladie de cette liste nécessite un nouvel examen		
Toutes les pathologies affectées d'un (*) doivent faire l'objet d'une évaluation, et le certificat médical de non contre indication ne peut être délivré que par un médecin fédéral		
La reprise de la plongée après un accident de désaturation, une surpression pulmonaire, un passage en caisson hyperbare ou autre accident de plongée sévère, nécessitera l'avis d'un Médecin Fédéral ou d'un médecin spécialisé selon le règlement intérieure de la C.M.P.N. ; ce certificat médical devra être visé par le Président de la Commission Médicale Régionale.		