



## Fiche Bénévole - 27 au 31 juillet 2026 – Anglet

Nom : ..... Prénom : ..... Age : .....

Rôle :      Bénévole du Staff      animateur.ice bénévole      Autre : .....

Diplôme(s) en lien avec l'animation : .....

As-tu la CMT ? ..... Un de tes proches a-t-il la CMT ? .....

Y a-t-il quelque chose d'important à savoir sur toi ? .....

.....

Ce que je peux et voudrai proposer pendant ce séjour (idées et envies) :

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

Ce que je ne pourrais pas faire dans ce séjour :

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

As-tu déjà travaillé avec des personnes en situation de handicap ?

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

Comment te sens-tu vis-à-vis du public ?  
(inquiétudes par rapport à certains aspects du handicap si tu en as, ou de l'âge des jeunes ou autre)

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

**Petit rappel :** le séjour durera 5 jours avec les jeunes, **les 2 jours précédents** sont des jours de rencontre et cohésion de l'équipe, de **formation** (esprit du camp, comprendre la CMT, cadre légal jeunesse et sport qui régira ce séjour...), de préparation des activités du séjour et surtout d'échanges et de fun, il ne faut pas oublier c'est quand même **l'introduction à une semaine de joie, de sourires et d'amusements !**

N'hésitez pas à me noter ci-dessous les sujets dont vous aimeriez parler durant ces deux jours de formation. Le programme sera adapté aussi en fonction de vos besoins.

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

## Fiche Inscription Enfant - 27 au 31 juillet 2026 - Anglet

Nom et prénom de l'enfant : .....  
 Né(e) le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Garçon ☐ Fille ☐ N° de portable : .....

### PARENTS

Nom et Prénom du premier parent ou représentant légal :

.....

Adresse : .....

.....

Tél. domicile : .....

Portable : .....

Courriel : .....

Nom et prénom du second parent :

.....

.....

Adresse (si différente) :

.....

.....

Tél. domicile (si différent) : .....

Portable : .....

Courriel : .....

Autre(s) personne(s) à prévenir en cas d'accident :

.....

.....

.....

N° de sécurité sociale : .....

N° CAF ou MSA : .....

N° de contrat assurance extrascolaire :

.....

Nom de l'assureur :

.....

### MEDECIN TRAITANT

Nom du Médecin : .....

Tél : .....

### AUTORISATIONS PARENTALES

☐ J'autorise le personnel d'encadrement à photographier, filmer, mon enfant au sein du séjour

➤ Les images pourront être utilisées dans le cadre

☐ des animations internes ☐ presse ☐ internet.

☐ J'autorise le personnel responsable à prendre toutes mesures (appel parents, médecin, hospitalisation...) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

☐ J'autorise la Direction du Centre à consulter mon compte CAFPRO ou MSA sur internet.

### Documents à fournir obligatoirement avec cette fiche :

☐ Fiche sanitaire de liaison (ci-jointe)

☐ Attestation d'assurance extra-scolaire

☐ Ordonnance en cas de traitement

☐ Attestation de droits à l'assurance maladie

☐ Vaccins à jour

### Autres informations

Pour de courtes distances (environ 5min),  
mon enfant :

- ☐ Marche sans aide
- ☐ Marche à l'aide d'une canne
- ☐ Se déplace en fauteuil

Pour de longues distances (plus de 10-15min),  
mon enfant :

- ☐ Marche sans aide
- ☐ Marche à l'aide d'une canne
- ☐ Se déplace en fauteuil

Allergies : .....

.....

Accès chambre :

☐ Accès PMR ☐ SANS escalier ☐ Escalier possible

Besoins d'aide médicale ou autre : .....

.....

.....

.....

.....

Conformément à l'article 27 de la Loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant dont nous sommes seuls destinataires

Monsieur/ Madame .....

Responsable légal de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je m'engage à signaler si un changement survient avant le séjour (contre-indication médicale ou alimentaire, changement d'adresse, mise à jour des vaccinations).

Date : ...../...../.....

Signature des parents :

Signature du jeune :