

|  |
| --- |
| **17e RAID OXY’JEUNES AVENTURE** **A SFIDA NATURA** **du 7 au 9 JUIN 2025** **pour les 14 à 17 ANS** |

**DATA LIMITA D’ISCRIZZIONE / DATE LIMITE D’INSCRIPTION :
U 25 MAI DI U 2025 / LE 25 MAI 2025**

**Dossier à retourner :** **Collectivité de Corse**
Direction du Sport, de la Jeunesse
et du vivre ensemble
22 cours Grandval BP 215
20187 AIACCIU Cedex 1

**Pour tout renseignement :** Henri ROCCHI 06 78 83 46 68
Marc LE TALLEC 07 88 66 49 44

**Courriel d’envoi, contact et information :** directiondessports@isula.corsica

**DUCUMENTI UBLIGATORII / DOCUMENTS OBLIGATOIRES**

|  |
| --- |
| **PÈ A SQUADRA / POUR L’EQUIPE** |

* La fiche d’inscription de l’équipe dument complétée.
* Une photo ou une vidéo de présentation de l’équipe.

|  |
| --- |
| **PÈ U CANDIDATU / PAR PARTICIPANT** |

* La fiche d’autorisation parentale incluant le droit de diffusion des images de l’enfant.
* La fiche sanitaire de liaison incluant le certificat médical, complétée par le médecin traitant.
* Une attestation de 50 m nage libre ou équivalent
* La photocopie de la carte vitale et de l’attestation de droits de sécurité sociale.

|  |
| --- |
| **CARTULARE D’ISCRIZZIONE / FICHE D’INSCRIPTION** |
| **Nome di a squadra / Nom de l’équipe :** …………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Cumpagnu o Cumpagna di squadra 1 (Capisquadra)** **Equipier ou Equipière 1 (chef.f.e d’équipe)** | **Cumpagnu o Cumpagna di squadra 2****Equipier ou Equipière 2** | **Cumpagnu o Cumpagna di squadra 3** **Equipier ou Equipière 3** |
| **Casata / Nom** |  |  |  |
| **Nome / Prénom** |  |  |  |
| **1ma participazione / 1ère participation** | 🞏 Iè / Oui 🞏 Innò / Non | 🞏 Iè 🞏 Innò | 🞏 Iè 🞏 Innò |
| **Data di nascita / Date de naissance** |  |  |  |
| **Indirizzu / Adresse** |  |  |  |
| **Telefunu/ Téléphone** |  |  |  |
| **Courriel** |  |  |  |
| ***Nom / prénom du responsable légal*** |  |  |  |
| ***Téléphone du responsable*** |  |  |  |
| ***Courriel du responsable*** |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
|  |
| **AUTURIZAZIONE PARENTALE / AUTORISATION PARENTALE****A REMPLIR PAR LE OU LA RESPONSABLE LEGAL** |
| **La participante ou le participant** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM : | ………………………………………………………………………. | PRÉNOM : | …………………………………………………. |
| Né.e le | \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ | à | …………………………………………………. |

est autorisé.e à participer les 7, 8 et 9 juin 2025 au «RAID OXY’JEUNES AVENTURE » organisé par la Collectivité de Corse et composé de différents sports de nature tels que : VTT, Kayak, Course de montagne et d’orientation, parcours aquatique, natation, parcours de cordes, épreuves enchaînées,…

par NOM et PRÉNOM du ou de la responsable : ….………………………………………………………………………………………………………………

Autre personne à contacter en cas d’accident : ……………………………………………………………………………………………………………………

Tél. : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Autorisation de transporter mon enfant vers le Centre Hospitalier : Oui 🞏 Non 🞏

Si non, le transporter à la clinique de : …………………………………………………………………………………………………………………………………

Autorisation de pratiquer les premiers secours en cas de besoin : Oui 🞏 Non 🞏

Déclare autoriser l’exploitation à titre gracieux des images de mon enfant susceptibles d’être prises à l’occasion du Raid Oxy’Jeunes conformément à l’article 9 du code civil.

Cette exploitation est destinée à la promotion et à la communication de ladite manifestation via différents supports possibles tels que la presse, internet, brochures et plaquettes de présentation.

J’ai lu et approuvé le règlement du Raid Oxy’Jeunes et y ai associé mon fils ou ma fille.

Fait le \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature

|  |
| --- |
|  |
| **FISCIA SANITARIA DI LIAMU / FICHE SANITAIRE DE LIAISON**  |
|  |
| NOM : | ………………………………………………………………………. | PRÉNOM : | …………………………………………………. |
| Date de naissance | \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **CERTIFICATU MEDICALE / CERTIFICAT MEDICAL** |

Je soussigné, Docteur : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

certifie avoir examiné la personne mentionnée ci-dessus, et qu’elle est à jour de tous les vaccins obligatoires.

Date du dernier rappel Tétanos : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Est vacciné.e contre les maladies suivantes :

🞏 Hépatite B

🞏 R.O.R

🞏 Coqueluche

🞏 Autres (préciser)

Ne présente aucun signe d’affection contagieuse et qu’il ou elle est apte à la vie en collectivité.

Suivra un traitement médical pendant le séjour (ordonnance obligatoire)

Est allergique à : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................

A déjà eu les maladies suivantes (entourer la maladie) :

Rubéole - Varicelle - Angine - Rhumatisme articulaire aigu - Scarlatine - Coqueluche - Otite - Rougeole – Oreillons

Suit un régime alimentaire particulier : …………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................

Autres précisions :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................

Ne présente aucune contre-indication à la pratique des sports proposés à l’occasion du Raid Oxy’Jeunes Aventure 2025

Date \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Cachet et Signature

|  |
| --- |
| **RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS (exclusions alimentaires)** |

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................