

ATTENTION AU RETOUR...

Si vous ne pourrez pas venir chercher votre enfant, merci de nous indiquer l'identité de la personne qui prendra en charge votre enfant.

NOM : ☎ Domicile : _____

Prénom : ☎ Portable : _____

Oncle/Tante Frère/Sœur Grands-parents Autre, précisez :

Adresse : E-mail :

.....

Code postal : Ville :

COMMENT CALCULER LE MONTANT A REGLER

- Inscription 60 jours avant la date de début de séjour : 50% du montant total du séjour
- Inscription moins de 60 jours avant la date de début de séjour : 75% du montant du séjour
- Inscription moins de 30 jours avant la date de début de séjour : 100% du montant du séjour
- Solde à régler 30 jours avant le début du séjour

Acompte à verser : _____ €

Règlement par : Chèque (libellé à l'ordre de la S.A.I.E.M.) Virement (voir RIB) Chèques ANCV

Annulation du séjour : Une indemnité de dédit sera exigible en cas d'annulation.

- annulation annoncée plus de 30 jours avant le début du séjour : 30% du montant total du séjour

- annulation annoncée moins de 30 jours avant le début du séjour : 60% du montant total du séjour

- annulation annoncée moins de 8 jours avant le début du séjour : 100% du montant total du séjour

IMPORTANT

- Le dossier d'inscription sera réputé complet si, et seulement si, tous les documents demandés sont joints :
 - Photo d'identité récente et originale ;
 - Fiche d'inscription entièrement complétée ;
 - Fiche sanitaire de liaison entièrement remplie (voir dossier joint) ;
 - Certificat médical de non contre-indication à la pratique de sports et à la vie en collectivité ;
 - Attestation de natation établie par un maître-nageur (nage sur 25 mètres)
 - Le règlement de l'acompte demandé.
- Les responsables légaux et les participants acceptent la diffusion de leur image sur nos catalogues et nos autres support de communication sans limitation de durée*.

Je soussigné(e), représentant légal agissant an qualité de
certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription figurant en annexe, certifie exactes les informations fournies dans cette fiche d'inscription. Je m'engage à compléter le fiche sanitaire de liaison et n'omettre aucune information importante. J'autorise formellement la direction du centre à faire pratiquer en cas d'urgence sur mon fils/ma fille tout examen médical ainsi que toute intervention chirurgicale et je m'engage à assumer l'intégralité des frais médicaux m'incombant. Je certifie avoir souscrit à une assurance en responsabilité civile couvrant toute la période du séjour.

Signature du responsable légal – Précédée de la mention « Bon pour Accord » :

Signature et « Bon pour Accord »

Fait à : Le ___/___/___

**Seuls les participants, parents ou responsables légaux, peuvent émettre un avis défavorable qui devra être notifié par courrier avec A.R. avant le début du séjour.*

L'actualité montre chaque jour que la vie en collectivité (famille, école, lieux de travail ou de loisirs) n'est pas toujours simple.

Chacun, enfant, adolescent, adulte, doit adapter son comportement et son caractère vis-à-vis des autres.

C'est la condition indispensable pour optimiser le déroulement d'un séjour de vacances, pour l'agrément et le plaisir de tous.

Les règles de vie en société doivent être concrètement respectées.

C'est le but de ce contrat « moral » passé entre chaque enfant (ou parents ou responsables légaux) et l'équipe pédagogique du séjour (représentée par le directeur du centre).

Celui-ci est, donc, à lire avec chaque enfant ou adolescent en lui fournissant les explications nécessaires à son entière compréhension.

COMMENT BIEN VIVRE UN SEJOUR DE VACANCES

Je soussigné(e) (*NOM et PRENOM du participant*): s'engage, pendant son séjour au centre, à :

- Respecter le personnel d'encadrement et de service du centre d'accueil ;
- Respecter les participants du séjour ;
- Participer à la vie quotidienne (propreté, rangement, ...) ;
- Respecter le matériel, le mobilier, les bâtiments, l'environnement, la nourriture, ... ;
- Ne pas dérober des affaires qui ne lui appartiennent pas ;
- Privilégier le dialogue à la violence verbale, morale ou physique ;
- Participer à la vie de groupe ;
- S'intégrer aux activités et animations du séjour ;
- Considérer le séjour comme un lieu d'échange, de dialogue et d'épanouissement plutôt que d'affrontement et de conflit.

Je soussigné(e), représentant légal agissant au nom de certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur. Le souci premier de la direction et de l'équipe d'animation est de garantir au plus grand nombre des conditions de vacances agréables, conviviales et réussies. En ce sens, si le comportement de mon enfant s'avère problématique pour la vie de groupe et que les tentatives d'apaisement échouent, j'autorise le directeur à renvoyer mon fils/ma fille au sein de mon foyer.

Fait à : Le ___/___/___

Signature du responsable légal – Précédée de la mention « Bon pour Accord » :

Signature et «Bon pour Accord »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

N 10008*01

CETTE FICHE A T CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS M DICAUX QUI POURRONT ETRE UTILES PENDANT LE S JOUR DE L'ENFANT. ELLE VITE DE VOUS D MUNIR DE SON CARNET DE SANT . ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU S JOUR AVEC LES OBSERVATIONS VENTUELLES.

I. ENFANT NOM : _____ PR NOM : _____
 SEXE : GAR ON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS (Remplir partir du carnet de ant , du carnet ou de certificat de vaccination de l'enfant ou joindre le photocopie de page corre pondante du carnet de ant)

ANTIPOLIOMY LITIQUE - ANTIDIPT RIQUE - ANTIT ANIQUE - ANTICOQUELUCHE

Pr ci ez 'il 'agit : du DT polio du DT coq du T tracoq d'une pri e polio H patite B	RAPPELS		VACCINS PRATIQU S	DATES
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQU S	DATES
1er VACCIN	/ /	VACCIN	/ /		/ /
REVACCINATION	/ /	1er RAPPEL	/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCIN , POURQUOI ? _____

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE S RUM		/ /
		/ /

III. RENSEIGNEMENTS M DICAUX CONCERNANT L'ENFANT
 L'ENFANT A-T-IL D JÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUB OLE	VARICELLE	ANGINES	RHUMATISMES	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
COQUELUCHE	OTITES	ASTHME	ROUGEOLE	OREILLONS
<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULT S DE SANT EN PR CISANT LES DATES : (maladie , accident , cri e convul ive , allergie , ho pitali ation, op ration , r ducation)

	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON S JOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MEDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : _____ PR NOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du jour) : _____

N DE SS | _____ | N DE T L | _____ | DOMICILE | _____ | BUREAU | _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exact le renseignement porté sur cette fiche et autorise le responsable du jour prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Signature :

DATE : _____

PARTIE RESERVEE A L'ORGANISATEUR

LIEU DU S JOUR :

Cachet de l'Organisme (obligatoire)

ARRIVEE LE ____/____/____

DEPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE S JOUR

PAR LE MEDICIN (qui indiquera le nom, l'adresse et le téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU S JOUR (qui indiquera le nom et l'adresse)
