

Photo Récente  
(Obligatoire)



Club  
ALADIN

Individuel  
Ou  
 Comité d'Entreprise (CE)  
Nom du CE : \_\_\_\_\_

## Dossier d'inscription

(à nous retourner impérativement avant le début du séjour. Merci de remplir soigneusement ce dossier pour

**Le Séjour :**     Hiver         Printemps         Eté         Automne

Intitulé du séjour : \_\_\_\_\_

Date : du \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

### Votre enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Recommandations diverses concernant votre enfant :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Responsable Légal du participant :**  Père  Mère  Autre : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Tél. Portable père : \_\_\_\_\_ Tél. Portable mère : \_\_\_\_\_

Tél. Professionnel père : \_\_\_\_\_ Tél. Professionnel mère : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

(à remplir obligatoirement – toutes les informations relatives au séjour vous seront envoyées sur cette adresse mail 15 jours avant le début du séjour)

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_ Caisse sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Personne à contacter en cas d'absence des parents : \_\_\_\_\_

Coordonnées Téléphonique de la personne : \_\_\_\_\_

### Transport :

Accompagnez-vous votre enfant sur le lieu de séjour :  Oui         Non

OU votre enfant participe-t-il au Voyage collectif :  Oui         Non

Ville de Départ : \_\_\_\_\_ Ville de Retour : \_\_\_\_\_

### Participation financière :

Personnelle en totalité         Personnelle en partie :

- Coût du séjour : \_\_\_\_\_

- Frais de cotisation : **10 €**

- **Montant total :** \_\_\_\_\_

- Acompte de 30 %\*

chèque     CAF (joindre l'attestation de droits)         ANCV

Mandat cash (joindre le récépissé du mandat)         Virement (nous contacter pour recevoir notre RIB)

- Solde du montant total : \_\_\_\_\_

à verser 30 jours avant le début du séjour afin de recevoir votre convocation 15 jours avant le départ

Je soussigné, M., Mme, Mlle \_\_\_\_\_ m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et frais annexes dont l'avance aura été faite pour mon enfant. Certifie avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et déclare les accepter.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature :

# Renseignements Sanitaires concernant le participant

(Merci de remplir soigneusement cette fiche pour chaque enfant)

## Votre enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Né(e) le : \_\_\_\_\_

Sexe : \_\_\_\_\_

Intitulé du séjour : \_\_\_\_\_ Dates : \_\_\_\_\_

## Vaccinations : (se référé au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

**Attention** : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## Renseignements médicaux concernant l'enfant :

**L'enfant 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 pris sans ordonnance.

## L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole :  Oui  Non

Varicelle :  Oui  Non

Angine :  Oui  Non

Scarlatine :  Oui  Non

Oreillons :  Oui  Non

Rhumatisme Articulaire aigu :  Oui  Non

Coqueluche :  Oui  Non

Otite :  Oui  Non

Rougeole :  Oui  Non

## Allergies :

Asthme  Alimentaires  Médicamenteuses  Autres : \_\_\_\_\_

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler) : \_\_\_\_\_

**Indiquez les difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre : \_\_\_\_\_

## Recommandations utiles des parents :

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives ou dentaires, incontinences, situation particulières ...

Précisez : \_\_\_\_\_

## Responsable Légal de l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse (pendant le séjour) : \_\_\_\_\_

Tél. Fixe : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_

Nom et Tél. du médecin Traitant (facultatif) : \_\_\_\_\_

Je soussigné, \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :