

DOSSIER D'INSCRIPTION

A REMPLIR EN MAJUSCULE

Séjour : _____

Du _____ au _____ 200__

Au départ de : _____

(Voir la liste des départs de chaque séjour sur le catalogue)

Nom du Jeune : _____

Prénom : _____

Fille Garçon

Date de naissance : _____

Coordonnées des Responsables légaux:

Père Nom : _____ Prénom : _____

Tuteur Adresse: _____

E-mail _____ Tél.: _____

Profession : _____ Tél travail : _____

Mère Nom : _____ Prénom : _____

Tuteur Adresse: _____

E-mail _____ Tél.: _____

Profession : _____ Tél travail : _____

Précisez si autre adresse durant le séjour : _____

_____ Tél.: _____ Portable : _____

L'enfant bénéficie-t-il d'une mesure éducative : Oui Non
Ou d'assistance éducative (foyer, Dass, placement)

Je verse ce jour :

L'acompte de 30% L'adhésion de 15 € L'assurance annulation de 14,16 €
(Facultative)

Si vous êtes déjà adhérent à un autre Club Léo Lagrange pour l'année, joindre impérativement copie de la carte afin d'éviter que celle-ci vous soit refaite et facturée.

Par chèque n°: _____ Banque: _____

Agence de : _____ Compte n° : _____

CADRE RESERVE A LEO LAGRANGE

N° ADHERENT :

N° SEJOUR :

N° DOSSIER :

N° FACTURE :

CACHET ASSOCIATIONS
OU COLLECTIVITES

L'enfant possède-t-il :

(indispensable notamment pour les séjours à l'étranger ou les transports en avion)

- Un passeport N° _____
 Une carte d'identité nationale N° _____

Scolarité suivie par l'enfant: Ecole maternelle Ecole primaire / Classe _____

Collège / classe : _____ Lycée / classe : _____ Autre / précisez : _____

Niveau d'activité : Confirmé Moyen Débutant

Poids : _____ Pointure : _____ Taille : _____

AUTORISATION DES PARENTS

Nous soussignés, après avoir pris connaissance des conditions générales du fonctionnement des séjours, déclarons y souscrire et autoriser notre enfant à participer à toutes les activités prévues. D'autre part, nous nous engageons, s'il y a lieu, à rembourser à l'association le montant des frais médicaux.

A _____, le _____

Lu et approuvé Le Père La Mère Le Tuteur Légal
(signature obligatoire)

Respect du droit à l'image:

En participant à ce séjour mon enfant est susceptible d'être photographié, ces images étant destinées au seul usage des publications, plaquettes et affiches concernant les séjours Léo Lagrange. En inscrivant mon enfant à ce séjour j'accepte de fait cette éventualité ou

- Je refuse que mon enfant soit photographié. (cochez la case en cas de refus)

Pièce à joindre : (à l'exception des classes de découverte)

- Les présentes fiches d'inscription et fiche sanitaire dûment complétées et signées.
- Le chèque d'acompte et d'adhésion
- Copie de la carte d'adhésion si elle est déjà prise.
- 3 timbres en vigueur
- Tout justificatif de prise en charge (CAF, CE, Mairie, ...): Ces pièces seront refusées si elles sont envoyées après le départ du séjour. Ces pièces ne sont pas utilisables comme



Site Internet : www.leolagrange-vacances.org
LEO LAGRANGE OUEST
BP 324
44615 ST NAZAIRE CEDEX
Tel : 02 40 22 72 73

Observations : _____



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION. ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

ALLERGIES : ASTHME oui non MÉDICAMENTEUSES oui non ALIMENTAIRES oui non AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication, le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4. RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES