

# DOSSIER D'INSCRIPTION

A REMPLIR EN MAJUSCULE

Séjour : \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_\_

Au départ de : \_\_\_\_\_

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

Nom du Jeune : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Fille  Garçon

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Lieu 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 individuelle de 16 €  L'assurance annulation et bagage  
 L'adhésion familiale de 19 € de 14,44 € (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 sont 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

J'autorise que mon enfant soit photographié. (cochez la case)

## 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 .
- 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 acompte .
- 3 Timbres au tarif en vigueur .
- Un chèque de caution d'un montant de 40 € (non encaissé) pour l'avance d'éventuels frais médicaux (excepté si vous bénéficiez de la C.M.U.) .



Site Internet : [www.vacancesleolagrange.com](http://www.vacancesleolagrange.com)

VACANCES LEO LAGRANGE

67, La Canebière

13001 MARSEILLE

Tel : 04 91 14 22 61

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