

FORMULAIRE D'INSCRIPTION SEJOUR DE VACANCES (à remplir en majuscules)

LE SEJOUR

Nom du séjour _____

Pension Complète Demi-Pension Dates du ___/___/___ au ___/___/___

LE PARTICIPANT

Nom légal : _____

Prénom : _____

Age : _____ Date de naissance : ___/___/___

Sexe : M F Nationalité : _____

Tél. portable du participant : _____

Taille : _____ Poids : _____

S'agit-il d'un 1^{er} séjour hors de la famille ? OUI NON

Centres d'intérêts : _____

Santé

Asthme Troubles de conduite

Allergies Troubles alimentaires

Enurésie Handicap Physique

Régime médical ou religieux : _____

Toute opération, antécédent médical ou traitement en cours doit être mentionné dans un courrier sous pli cacheté.

Recommandations Particulières :

Droit à l'image pendant le séjour : Oui Non

Certaines photos sont susceptibles d'apparaître sur le site internet de la structure MVS.

LES PARENTS OU TUTEURS

M. et M^{me} M. M^{me}

Nom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____

Ville : _____

Pays : _____

Tél. domicile : _____

Tél portable : _____

E-Mail : _____

Fax : _____

Tél d'urgence pendant le séjour (obligatoire) : _____

Le participant est-il autorisé à fumer (15 ans et plus)?

oui non

Le participant sait-il nager ? oui non

Le participant sait-il faire de la bicyclette ? oui non

Je soussigné, _____

représentant légal : père mère tuteur

autorise le directeur du séjour à prendre les dispositions qu'il jugerait urgentes en cas de maladies ou d'accident et notamment lui donne l'autorisation de faire pratiquer, si nécessaire, une intervention chirurgicale sous anesthésie générale.

SIGNATURE :

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.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

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

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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

PATRICK TAP

MVS

2294, ROUTE DE LA MARGÉE – MONTON, 42380 ESTIVAREILLES

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....