FICHE D'INSCRIPTION
SÉJOURS VALT

Coller ici une photographie récente de l'enfant

Adresse mail de correspondance :
(écrire en lettres capitales)
.....@.....

Séjour choisi :.....Thème : .....
Du ...../...../.....au ...../...../..... Réf. séjour : ..... Prix : .....
Option baptême de plongée ☐ Oui ☐ Non

Départ / retour (cochez) ☐ **Bordeaux** ☐ **Toulouse** ☐ **Autre*** : .....
* pour chaque séjour, les départs possibles sont indiqués sur le catalogue VALT ou sur valt.com

NOM de l'inscrit (en majuscules) : .....Prénom :.....
Sexe ☐ F ☐ M Né(e) le ...../...../..... Âge : ..... Nationalité : ..... École : .....Classe .....
Adresse : .....
Inscription avec un copain, une copine, NOM: .....

Responsable 1
☐ père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐ autre:.....
☐ marié ☐ vie maritale ☐ divorcé ☐ célibataire
Autre :.....
Nom :.....
Adresse (si différente de l'inscrit) : .....
.....
Profession: .....
.Tél. domicile : .....
Portable : .....
Tél. travail: .....
Email : .....

Responsable 2
☐ père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐ autre:.....
☐ marié ☐ vie maritale ☐ divorcé ☐ célibataire
Autre :.....
Nom :.....
Adresse (si différente de l'inscrit) : .....
.....
Profession: .....
.Tél. domicile : .....
Portable : .....
Tél. travail: .....
Email : .....

À remplir OBLIGATOIREMENT et cocher la case correspondante :

Je soussigné(e) , ...
responsable légal de l'enfant.....

☐ autorise, ☐ n'autorise pas

L'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour à photographier et filmer l'enfant inscrit :
- à des fins d'utilisation sur le site internet pour les nouvelles du séjour destinées à la famille,
- pour la présentation et l'illustration (web, brochures) des séjours et centres proposés par l'association VALT.

- J'accepte les conditions générales des séjours indiquées dans ce catalogue et sur le site valt.com,
- J'autorise mon enfant à participer au séjour indiqué et à pratiquer toutes les activités sportives organisés durant le séjour,
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Je m'engage à rembourser les éventuels frais médicaux avancés par l'organisateur durant le séjour,
- En cas de renvoi, je m'engage à prendre en charge les suppléments dus au retour individuel ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.

Fait à .....Le.....
Signature du responsable de l'enfant

FICHE SANITAIRE À COMPLÉTER AU DOS

Séjour choisi :.....

Du ...../...../.....au ...../...../.....

FICHE SANITAIRE

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

NOM de l'inscrit (en majuscules) .....

Prénom.....

Né(e) le ..... / ..... / ..... Âge ..... Taille.....Poids..... Sexe ☐ F ☐ M

Renseignements médicaux concernant l'enfant (Entourez les maladies contractées) :

Rubéole / Varicelle / Angine / Rhumatisme / Scarlatine / Coqueluche / Otite / Asthme / Rougeole / Oreillons

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (opérations, maladies, allergies, accidents,)

et autres informations : .....

.....

L'enfant prend-il un traitement ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel ? (joindre impérativement l'ordonnance aux médicaments) .....

.....

Alimentation Régime alimentaire: ☐ Sans restriction ☐ Spécifique (allergie, sans viande, végétarien...)

Si spécifique, précisez : .....

Recommandations générales des parents / responsables légaux.....

.....

Pour accompagner au mieux votre enfant durant son séjour, s'il rencontre des difficultés quelconques (premier départ, vie en collectivité, etc.), nous sommes à votre écoute AVANT LE DÉPART pour en parler et prendre en compte vos recommandations ci-dessus.

Est-ce son premier départ en collectivité ? ☐ Oui ☐ Non

L'enfant mouille-t-il son lit ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionellement

Bénéficiez-vous de l'aide médicale (CMU) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre obligatoirement l'attestation de prise en charge CMU en cours de validité à la date du séjour.

N°SS de la personne couvrant l'inscrit .....

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT polio			
ou Tétracoq			

Vaccins recommandés	Dates
Hépatite B	
Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Coqueluche	
BCG	
Autres (précisez)	

Votre enfant porte-t-il	Oui	Non
Lunettes		
Lentilles		
Prothèses auditives/diabolos		
Prothèses dentaires		
Autres (précisez)		

Je soussigné(e) .....

.....

responsable de l'enfant :

.....

.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, engage ma responsabilité en cas d'inexactitude ou oubli de signaler tout traitement, suivi ou antécédent médical.
J'autorise la Direction de VALT et le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisations, interventions chirurgicales), réalisation d'un autotest COVID19) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à .....Le.....

Signature du responsable légal de l'enfant