

FICHE D'INSCRIPTION

Réservé à l'Ufcv

N° de commande _____



L'ENFANT (Écrire en majuscules)

NOM : PRÉNOM :

Sexe : F M Date de naissance : Nationalité :

Adresse d'envoi de la convocation :

Code Postal : Ville : Pays :

Email :

INFORMATION INSCRIVANT PARENT(S) TUTEUR(S) AUTRE, précisez :

NOM : PRÉNOM :

Pour recevoir votre confirmation d'inscription indiquez ci-dessous votre adresse email

Email :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Tél. professionnel : Profession :

J'accepte de recevoir des informations personnalisées de la part de l'Ufcv.

Je soussigné(e)..... certifie avoir pris connaissance des conditions particulières d'inscription, des conditions générales de vente, ainsi que du descriptif complet du séjour, présents dans le catalogue Ufcv ou sur le site vacances-enfants.ufcv.fr, qui constituent l'information préalable au sens de l'article R.211-4 du Code du Tourisme. Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours m'incombant et de rembourser les avances de frais médicaux réalisés durant le séjour ainsi que les éventuels frais de rapatriement disciplinaire.

Lu et approuvé

Date

Signature

SÉJOUR ET PRIX

Code et titre du séjour :

Organisateur :

Dates : du au

Ville de départ : et de retour :

Activité(s) choisie(s) :

prix en euros

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Réservé à l'Ufcv
N° de commande _____



1 L'ENFANT (Écrire en majuscules)

Photo de l'enfant	NOM	PRÉNOM
	Date de naissance	Garçon <input type="checkbox"/> fille <input type="checkbox"/>
	Code et titre du séjour	
	Dates	Organisateur
	Si matériel d'activité : Pointure :	Taille : cm
	Niveau de ski (le cas échéant) :	

➔ Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, nous vous remercions de la compléter avec soin.

2 VACCINATION

Merci de nous transmettre **la copie du carnet de vaccination** de votre enfant laissant apparaître ses nom et prénom. Il est impératif de nous transmettre **toutes les pages concernées par des vaccinations obligatoires**. Vous pouvez également nous faire parvenir **un certificat médical de vaccination**.

➔ 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 bénéficie-t-il de la **protection universelle maladie (PUMA)** pendant le séjour ? oui non *Si oui, fournir une attestation.*

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui fournir une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants au moment du départ (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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu ...	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche ...	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Otite	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

Asthme	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Médicamenteuses ..	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Alimentaires ..	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
--------------	---	--------------------	---	-----------------	---

Précisez

.....

.....

.....

Nom et tél. du médecin traitant :

.....

.....

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Réservé à l'Ufcv
N° de commande _____



4 RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE

Difficultés de santé, port de lentilles, d'appareils auditifs, de prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie...

5 RÉGIME ALIMENTAIRE *

Sans porc Sans viande Végétarien

* Les menus respectent les régimes alimentaires particuliers dans la mesure du possible.

6 RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM ET PRÉNOM

Adresse (pendant le séjour) :

Tél. fixe (et portable) :

Domicile :

Bureau

OBLIGATOIRE : PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM

Lien avec l'enfant :

Tél. fixe :

Portable :

Mail :

Je soussigné(e) **responsable légal** de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise mon enfant à participer au séjour et à l'ensemble des activités. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, après consultation médicale, toute mesure (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) rendue nécessaire par l'état de l'enfant et à reprendre le mineur à sa sortie de l'hôpital. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.



Date

Signature (obligatoire)

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

Coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

Observations :