

LE SÉJOUR

Noël Hiver Printemps

Nom du séjour	Dates	Tarif	Majoration 30 € petits-enfants 9 jours max.	Majoration 60 € petits-enfants au-delà 9 jours	Total

1^{er}
choix

2^e
choix

exemple :

Les pitchouns au ski	du 17 au 24/02	390 €	30 €		420 €
----------------------	----------------	-------	------	--	-------

INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR VALIDER L'INSCRIPTION

- Pour les séjours linguistiques, précisez la classe de l'enfant
- Pour les sports d'hiver, précisez les éléments suivants : taille pointure poids
- Activités choisies aux sports d'hiver : ski niveau : _____
ou surf niveau : _____ gaucher droitier

LE PAIEMENT

- et Acompte de 20% par chèque, à joindre impérativement au bulletin d'inscription.
- ou Solde de 80% par chèque, à envoyer par courrier au plus tard 60 jours avant le départ.
- Solde de 80% par prélèvement sur paye, (agents en activité) en mensualités (1 à 10). **Paiement 10 fois**
- Les prélèvements sur paye pouvant être suspendus à votre insu par la RATP, vous devez vous acquitter de la somme due, par chèque, à échéance.

Carte bancaire acceptée pour les paiements au siège.

Chèques vacances acceptés pour le paiement des séjours (voir page 34). Merci de les remplir avant de les envoyer.

ASSURANCE ANNULATION

- La Fondation a souscrit pour vous une assurance annulation comprise dans le tarif de nos séjours.
(Pour plus de détails, voir la page 34 de notre catalogue).

AUTORISATION PHOTO

- Je soussigné(e) M. Mme _____ accepte n'accepte pas

que les photos prises au cours du séjour soient éventuellement reproduites sur les prochains documents des Enfants du Métro ou mises en ligne sur www.lesenfantsdumetro.fr, sur www.facebook.com/lesenfantsdumetro ou sur la Malle aux images.

DÉCLARATION

- Je soussigné(e) M. Mme _____ certifie l'exactitude des informations transmises aux Enfants du Métro concernant cette inscription. Date : _____ Signature :

Fiche sanitaire de liaison

Ces informations sont **indispensables** au bon déroulement du séjour de votre enfant.
Cette fiche vous sera rendue à la fin du séjour et vous évite de vous démunir du carnet de santé.

L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Sexe : M F

Date du séjour : _____ Lieu du séjour : _____

Email (OBLIGATOIRE, écrire en caractère d'imprimerie) : _____ @ _____

LES VACCINS (remplir le tableau ci-dessous ou joindre photocopie du carnet de santé)

Certificat médical de non contre-indication obligatoire si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires.

Diphtérie - date de dernier rappel : _____

Tétanos - date de dernier rappel : _____

Poliomyélite ou DT polio ou Tétracoq - date de dernier rappel : _____

BCG - date de dernier rappel : _____

Hépatite B - date : _____

Rubéole - oreillons - rougeole - date : _____

Coqueluche - date : _____

Autres, précisez : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Pendant le séjour, l'enfant devra suivre un traitement médical.

>> Les médicaments, dans leur boîte d'origine, marquée au nom de l'enfant, seront accompagnés de l'ordonnance récente correspondante.
>> Aucun médicament ne sera donné aux enfants, sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole Varicelle Angine Rhumatisme articulaire aigu Scarlatine

Coqueluche Otite Rougeole Oreillons

ALLERGIES NON ALIMENTAIRES

Asthme Médicamenteuse Autre, précisez : _____

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

RÉGIMES ET ALLERGIES ALIMENTAIRES

Régimes alimentaires (diététique, sans porc...): oui non

Précisez : _____

Allergies alimentaires : oui non

Précisez : _____

DIFFICULTÉS DE SANTÉ

Merci d'indiquer les maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations...
en précisant les dates et les précautions à prendre.

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte des lentilles, lunettes, prothèses auditives, prothèses dentaires... précisez :

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse pendant le séjour : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tél. pendant le séjour (**impératif**) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Portable : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tél. Travail : | | | | | | | | | | | | | | | |

Je soussigné (e) , _____ 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 : _____

OBSERVATIONS DU DIRECTEUR

À remplir par le directeur, à l'attention des familles.