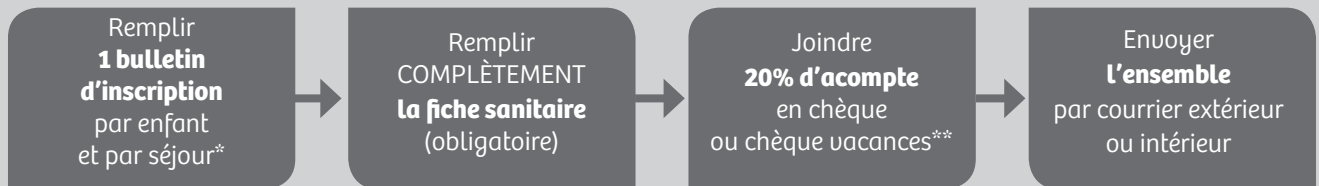


**Attention :** les dossiers d'inscription incomplets seront retournés.



# Bulletin d'inscription



\* Si vous inscrivez plusieurs enfants, merci de photocopier le bulletin avant de le remplir.

\*\* Possibilité de payer en carte bleue ou espèces au siège.

**OUVERTURE DES INSCRIPTIONS  
LE 22/01/2018**

## L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Âge au départ : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
 Enfant d'agent  Petit-enfant d'agent  Autre organisme, précisez : \_\_\_\_\_  
 Handicapé L'enfant a-t-il déjà participé à un séjour des Enfants du Métro ? oui :  non :

## L'AGENT RATP OU LE RETRAITÉ RATP

Actif RATP, matricule [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Pensionné, n° [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Emploi : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_ Attachement : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : \_\_\_\_\_  
 Situation familiale : \_\_\_\_\_ Tél. dom. : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Tél. portable : [ ]  
 Email (OBLIGATOIRE) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## LE TUTEUR (si le responsable de l'enfant n'est pas l'agent)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Ville : \_\_\_\_\_  
 Situation familiale : \_\_\_\_\_ Tél. dom. : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Tél. portable : [ ]  
 Email (OBLIGATOIRE) : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

## POUR LES PETITS-ENFANTS D'AGENTS RATP

- Majoration de **40 €** pour les séjours **de 16 jours maximum**.
- Majoration de **80 €** pour les autres.
- La majoration ne s'applique pas au 3<sup>e</sup> petit-enfant inscrit de la même famille.

**Les Enfants du Métro : 30, rue Championnet - LAC CG 43 - 75018 Paris**  
 ou courrier intérieur : Les Enfants du Métro LAC CG 43 - Championnet

**LE SÉJOUR**

Juin     Juillet     Août     Toussaint

Nom du séjour	Lieu du séjour	Dates	Tarif	Majoration 40 € petits-enfants 16 jours max.	Majoration 80 € petits-enfants au-delà 16 jours	Total

**1<sup>er</sup>**  
choix**2<sup>e</sup>**  
choix

exemple :

100% animation	Ménétreux	du 8/07 au 4/08	426 €		80 €	506 €
----------------	-----------	--------------------	-------	--	------	-------

**INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR VALIDER L'INSCRIPTION**

Pour les séjours linguistiques, précisez la classe de l'enfant

**LE PAIEMENT**

Acompte de 20% par chèque, à l'ordre des Enfants du Métro, à joindre impérativement au bulletin d'inscription.

et  Solde de 80% par chèque, à envoyer par courrier au plus tard 60 jours avant le départ.

ou  Solde de 80% par prélèvement sur paye, (agents en activité) en  mensualités (1 à 10)

Date du premier prélèvement :  immédiat     2 mois avant le départ

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.

**ASSURANCE ANNULATION**

● La Fondation a souscrit une assurance annulation comprise dans le tarif de nos séjours.

**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](http://www.lesenfantsdumetro.fr), sur [www.facebook.com/lesenfantsdumetro](http://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 :

Si vous inscrivez plusieurs enfants, merci de photocopier le bulletin avant de le remplir.

# 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.

Ministère de la  
 Jeunesse et  
 des Sports  
 code de  
 l'Action Sociale  
 et des Familles

## L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexe : M  F   
 Date du séjour : \_\_\_\_\_ Lieu du séjour : \_\_\_\_\_  
 Email : \_\_\_\_\_

## LES VACCINS

- 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 : \_\_\_\_\_

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.