

LE SÉJOUR

Juin Juillet Août Toussaint

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

1^{er}
choix**2^e**
choix

exemple :

Autriche - Pass'sports Autrichien	du 6 au 20 juillet	585 €		80 €	665 €
-----------------------------------	--------------------	-------	--	------	-------

INFORMATIONS OBLIGATOIRES POUR VALIDER L'INSCRIPTION

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

LE PAIEMENT

- et **Acompte de 20% par chèque, à l'ordre des Enfants du Métro, 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)**
- 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 pour vous 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, sur www.facebook.com/lesenfantsdumetro, la Malle aux images ou [Youtube/enfantsdumetro](https://www.youtube.com/lesenfantsdumetro).

DÉCLARATION

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

RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné à La Fondation Les Enfants du Métro représentée par son Président. Pour la finalité suivante : Bulletin d'inscription en accueil collectif de mineurs.

Les destinataires de ces données sont le service inscriptions de la Fondation Les Enfants du Métro. La durée de conservation des données est de 2 ans. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement.

Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant à : M. Le Président des Enfants du Métro - 30 rue Championnet - 75018 Paris.

Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Date : Signature : « lu et approuvé »

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

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

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 démurer du carnet de santé.

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 : _____

Haemophilus influenzae B - date : _____

Méningocoque C - date : _____

Pneumocoque - 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 ALIMENTAIRESRégimes 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.