

Important : ce document valide l'inscription de votre enfant, il nous est indispensable. Merci de nous le retourner signé et dûment rempli, sous 8 jours après réception.

52 rue du Général de Gaulle - 95880 Enghien Les Bains
01 39 83 88 55 - contact@label-evasion.com

Cachet de l'entreprise

LE SÉJOUR

Photo

Nom du séjour : Dates du séjour :

Session :

Hiver Printemps Juillet Août Toussaint Noël

Transport :

Label Évasion Individuel Ville de départ :

LE PARTICIPANT

Nom légal :

Prénom :

Âge : Date de naissance :/...../.....

Sexe : Nationalité :

Le participant part-il avec un ami, un frère ou une sœur ?

Non Oui

Nom et âge du compagnon.....

C.E par lequel le compagnon est inscrit.....

Option choisie

Ski Surf Moto/Quad Karting

Équitation Natation Drones

Hip-Hop Musique Théâtre Graff

Indispensable pour les séjours ski

Taille : Poids : Pointure :

Niveau acquis :

Pour les voyages en avion/ à l'étranger

Carte nationale d'identité n°.....

Passeport n°.....

Délivré le..... Date d'expiration.....

Je joins l'autorisation de sortie de territoire signée

Je joins la copie de la pièce d'identité du parent signataire

Je joins la copie de la pièce d'identité de mon enfant

Photocolo

Nous autorisons l'association Label Evasion à utiliser les photographies des enfants prises à l'occasion du séjour, pour les besoins de ses catalogues et autres supports d'information.

À noter

Concernant les visites de parents ou de tiers sur le centre, l'enfant ne pourra être confié que sur présentation d'une autorisation dûment signée par le père, la mère ou la personne investie de la garde de l'enfant. Le directeur du centre fera signer au visiteur muni de cette autorisation une décharge de responsabilité pour emmener le jeune hors du centre.

LES PARENTS OU TUTEURS

Nom du tuteur légal :

Adresse :

CP:..... Ville :

Tél. domicile :

Père (ou tuteur légal)

Profession :

Tél. portable :

Tél. bureau :

E-Mail :

Mère (ou tuteur légal)

Profession :

Tél. portable :

Tél. bureau :

E-Mail :

En cas d'absence des parents

Nom de la personne à contacter :

CP:..... Ville :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. bureau :

Situation familiale

Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e) Célibataire

À qui est confié l'enfant

Père Mère Tuteur Autre

Label Évasion

Assurance annulation (2,5% du montant du séjour)

oui non

Je souhaite recevoir des newsletters sur les séjours Label Évasion (environ 4 mails par an).

oui non

FICHE SANITAIRE

À remplir avec soin et précision, ce document nous permet de recueillir les renseignements médicaux concernant le jeune participant. **Ne joignez en aucun cas le carnet de santé de l'enfant.**

Nom du séjour : Dates du séjour :

L'ENFANT

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Poids :

RESPONSABLE

Nom :
 Tél. pendant le séjour :
 N° de sécurité sociale :
 Adresse du centre payeur :
 Est-il assuré social ? oui non responsabilité civile
 individuel accident

AUTORISATION

Je soussigné,
 responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et s'il y a lieu à rembourser à Label Evasion, le montant des frais médicaux avancés.
 Date : Signature :

RENSEIGNEMENTS

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

Rubéole	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Varicelle	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	/Angines	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Rhumatismes	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"/>
Otites	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Asthme	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"/>	Autre	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>			

Indiquez les autres difficultés de santé en précisant les dates (*maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations, etc.*)

.....

.....

RECOMMANDATION

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement médical pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance et les médicaments.

L'enfant mouille-t-il son lit ? non oui /Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? non oui

L'enfant suit-il un régime alimentaire ? non oui

Lequel ?

VACCINATION

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Antipoliomélique					
Antidiphtérique					
Antitétanique					
Anticoqueluche					
Antituberculose (BCG)					
Antivariolique					

* Remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant, et joindre **les photocopies** d'un des documents.

** Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec cette fiche sanitaire.