

CENTRE DE VACANCES - CAMP D'ADOLESCENTS

Agréés DDCSPP (Jeunesse & Sports)

SAINT-PRIEST-DES-CHAMPS ETE 2024

FICHE D'INSCRIPTION

(Une par enfant, photocopier si nécessaire)

NOM de l'enfant _____

Prénom de l'enfant _____

Né(e) le ____ / ____ / _____

Garçon

Fille

Photo de l'enfant

(ou de préférence, si vous disposez d'une photo d'identité numérique, envoyez-la par mail à contact@colonievsl.fr)

NOM et ADRESSE de **correspondance** : M. et Mme M. Mme Melle

Téléphone domicile : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Tél. bureau / portable : ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse e-mail : _____ @ _____

Séjour entier (du 10/07 au 01/08) :

Enfants nés en
2010 ou après

815 €

Enfants nés en
2009 ou avant

855 €

Pour les « séjours entiers », service laverie :

+ 15 €

+ 15 €

1^{er} séjour (du 10/07 au 21/07) :

460 €

495 €

2^{ème} séjour (du 21/07 au 01/08) :

460 €

495 €

Observations (hors médicales) : _____



(Si votre enfant vient avec un(e) ami(e) du même âge et qu'ils souhaitent être dans le même lieu de couchage, veuillez préciser son nom)



Joindre le paiement à cette fiche d'inscription :

100€ d'acompte par enfant si cette inscription est envoyée **avant le 15 mai**

La totalité du prix de pension sinon (en cas de trop payé, vous serez remboursé)

Le paiement est effectué par :

Chèque (à l'ordre de « Centre de vacances de VSL »)

Virement sur le compte fait le : _____ (préciser le nom de l'enfant)

IBAN : FR76 1950 6000 1128 1311 6033 150 BIC : AGRIFRPP895

Chèques vacances

Aides financières possibles (CAF, MSA, conseil général, CGOS, CCAS, secours catholique, comités d'entreprises, chèques vacances...), renseignez-vous

Important : Si vous disposez déjà des bons-vacances de la CAF, chèques vacances ou autres aides, merci de les joindre à cette fiche d'inscription.

Transport début et fin de colo	Aller 10 juillet	Retour 1 ^{er} août
- J'emmènerai mon enfant moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mon enfant prendra le train	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mon enfant prendra le transport organisé		
de/pour Commentry (03)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de/pour Vichy (03)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de/pour Moulins (03)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de/pour Saint-Yrieix la Perche (87)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de/pour Clermont-Ferrand (63)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arrivées/Départs des demi-séjours (21 juillet)



Pas de transport collectif organisé au milieu du séjour, vous devrez venir chercher votre enfant inscrit au **1^{er} séjour dans la matinée**, ou emmener votre enfant inscrit en **2^{ème} séjour dans l'après-midi**.

Dans le cadre du centre, des photos de groupe pourront être réalisées, destinées à illustrer des articles dans la presse locale, des tracts, sites internet ou stands de publicité afin de faire connaître les activités du centre. J'accepte les prises de vues de mon enfant, en groupe, et leur diffusion.

Fait le ____ / ____ / 2024

Signature obligatoire

A _____

Cette inscription doit être retournée à :

Centre de vacances de V.S.L.

Éric BATTAGLIA

5 rue Eugène Le Roy

87500 ST-YRIEIX la PERCHE

(Signez également le dos de la fiche sanitaire ci-jointe)

✉ : contact@colonievsl.fr (réponse rapide)

☎ : 05 55 75 96 10 après 20h (ou répondeur)



CENTRE DE VACANCES - CAMP D'ADOLESCENTS
Agréés DDCSPP (Jeunesse & Sports)
SAINT-PRIEST-DES-CHAMPS ETE 2024

FICHE SANITAIRE

Joindre obligatoirement une photocopie de votre attestation de sécurité sociale

NOM et Prénom de l'enfant _____

Né(e) le ____ / ____ / _____ Poids : ____ kg Garçon Fille

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant.
Elle évite de vous démunir de son carnet de santé. Remplissez-la avec attention, son contenu peut être très utile à un médecin ou un hôpital pendant le séjour.

VACCINATIONS

Les vaccinations obligatoires sont les suivantes : Diphtérie, Tétanos et Poliomyélite (DTP).
« Les responsables légaux doivent fournir une preuve de vaccination à chaque inscription en accueil collectif de mineur. »

Merci de joindre une preuve de vaccination à cette fiche sanitaire. Cela peut être :

- la photocopie lisible de la page vaccins du carnet de santé (avec nom de l'enfant et cachet du médecin)
- un document remis par un professionnel de santé autorisé à pratiquer les vaccinations attestant de la situation de l'enfant au regard des vaccinations obligatoires

Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication à la vaccination.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

- L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une **ordonnance récente**. Le jour du départ, fournir la dernière ordonnance et les médicaments dans leur emballage d'origine **marqués au nom de l'enfant**.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

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

Rubéole Oui Non
Varicelle Oui Non
Rhumatisme articulaire aigu Oui Non
Scarlatine Oui Non

Coqueluche Oui Non
Otite Oui Non
Rougeole Oui Non
Oreillons Oui Non

- Allergies :

Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non
Alimentaires Oui Non Autres :

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

.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les **précautions à prendre**.

.....
.....
.....
.....
.....

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Occasionnellement Non
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

.....
.....
.....
.....
.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM

PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. (fixe, portable, domicile et/ou bureau, où vous joindre pendant le séjour):

.....

NOM ET TÉL. ET VILLE DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

.....

Je soussigné, 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. Je m'engage à rembourser les frais de santé avancés par le centre de vacances.

Date : ____ / ____ / 2024

Signature :

