

Si vous bénéficiez d'une participation financière de votre C.E

Code C.E.* / N° de matricule (pour familles CGOS uniquement)

Cachet du C.E*

Réservé à nos services

*Le cas échéant

Le participant

Nom de l'enfant Prénom

Date de naissance Classe actuelle Sexe M F

Nationalité N° de tél. portable du participant

Taille : cm Tour de tête : cm Poids : kg Pointure :

L'enfant a-t-il une allergie sévère ou un handicap ou un problème de santé sérieux qu'il nous faille absolument prendre en compte dès l'inscription ?

Non Oui : précisez :

Le jeune vient-il avec un ami ? Si oui, nom et prénom

Les enfants souhaitent-ils être logés ensemble ? (Enfants de même sexe et de moins de deux ans d'écart d'âge)

Oui Non Indifférent

Informations complémentaires

Pour les séjours linguistiques :

Langues étudiées : Anglais : LV1 LV2 - Moyenne :/20 Espagnol : LV1 LV2 - Moyenne :/20

Pour les séjours à l'étranger :

Je joins la copie de sa pièce d'identité (Passeport ou Carte Nationale d'Identité) à ce courrier.

La pièce d'identité est en cours de demande, j'enverrai la copie au plus tard 4 semaines avant le départ.

N.B. : N'envoyez aucun original des papiers d'identités : ils doivent être présentés par le jeune le jour du départ.

Pour les séjours sportifs :

Le jeune pratique-t-il en club la discipline du séjour choisi ? Oui : depuis ans. Non

Pour le séjour "Grand Galop" : le jeune est-il licencié à la Fédération Française d'Équitation ? Oui (si oui, n° de licence :) Galop Non

Je souhaite souscrire une licence / mettre à jour ma cotisation pour 2011 par l'intermédiaire de Telligo (25 €) - Galop à passer : 1 2 3 4

Pour les séjours comportant du ski : Débutant Niveau flocon Niveau 1^{ère}/2^e étoile Niveau 3^{ème}/fléchette Confirmé (flèche/chamois)

Les parents

Nom du représentant légal e-mail

Adresse

Code postal Ville Pays

Tél. de la mère : Domicile : bureau portable

Tél. du père : Domicile : bureau portable

Profession de la mère Profession du père

Situation de famille des parents : Mariés Vie maritale Veuf/Veuve Divorcés Séparés Célibataire

Personne à prévenir en priorité : Père Mère

Le séjour

Si vous avez effectué une réservation par téléphone, merci de reporter ici le **numéro de réservation** qui vous a été donné :

Nom du séjour : Réf :

Centre de vacances : Dates : du / / au / /

Le transport

Cocher les deux cases correspondant à votre choix : une pour l'aller, une pour le retour. Voir p.11-12 des pages parents.

ALLER	RETOUR
<input type="checkbox"/> Train + car	<input type="checkbox"/> Par Telligo, jusqu'à
<input type="checkbox"/> Car seulement	<input type="checkbox"/> De la gare au centre
<input type="checkbox"/> Avion (ou bateau) + car	<input type="checkbox"/> Par Telligo, depuis et jusqu'à
<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Avec billet personnel* depuis et jusqu'à (50 € pour l'aller-retour)
<input type="checkbox"/> Transferts	<input type="checkbox"/> Arrivée directe sur le centre
<input type="checkbox"/> Pré/post-acheminement en avion	<input type="checkbox"/> Départ direct du centre
Nous consulter au moins deux mois avant le départ	
Depuis <input type="checkbox"/> Bordeaux <input type="checkbox"/> Lyon <input type="checkbox"/> Marseille <input type="checkbox"/> Montpellier	Jusqu'à <input type="checkbox"/> Bordeaux <input type="checkbox"/> Lyon <input type="checkbox"/> Marseille <input type="checkbox"/> Montpellier
<input type="checkbox"/> Nantes <input type="checkbox"/> Nice <input type="checkbox"/> Strasbourg <input type="checkbox"/> Toulouse	<input type="checkbox"/> Nantes <input type="checkbox"/> Nice <input type="checkbox"/> Strasbourg <input type="checkbox"/> Toulouse
(149 € pour les - de 12 ans, 129 € pour les + 12 ans)	(149 € pour les - de 12 ans, 129 € pour les + 12 ans)
<input type="checkbox"/> Autre ville, Précisez :	<input type="checkbox"/> Autre ville, Précisez :
(faisabilité sous réserve, prix sur devis)	(faisabilité sous réserve, prix sur devis)

* Il est nécessaire de nous adresser les photocopies des billets de train ou d'avion.

Fiche sanitaire

A amener au départ de l'enfant ou à mettre dans son sac (NE PAS NOUS L'ENVOYER)

I. Séjour

Centre : Du/...../..... au/...../.....

. Réf. :

Nom du séjour :

II. Enfant

Nom : Prénom :

Sexe M F

Poids :kg

Date de naissance :/...../.....

III. Responsable de l'enfant

Nom :

Adresse :

Code postal Ville Pays.....

Tel. pendant le séjour

IV. Vaccinations

(A remplir à partir du carnet de santé ou des certifications de vaccination de l'enfant. Joindre, sous enveloppe cachetée portant le nom de l'enfant, la copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.o.R	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	
ou Pentacoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec cette fiche sanitaire. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

V. Renseignements médicaux concernant l'enfant

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

Si oui, lequel ?

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Doit-il garder des médicaments en permanence sur lui ?

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

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes articulaires aigus	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Coqueluche	Otite	Rougeole	Oreillons	Scarlatine
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

L'enfant fait-il de l'asthme ? Allergique A l'effort Non

Allergies :

Asthme : Oui Non Médicamenteuses : Oui Non

Alimentaires : Oui Non Autres : Oui Non

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

Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

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

VI . Recommandat ions des parents

D'ordre médical (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc.) :

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

D'ordre général (régime alimentaire spécifique, comportement, etc.) :

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

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

VII . Divers

Au cas où vous seriez vous-même en vacances pendant le séjour de votre enfant, pouvez-vous nous indiquer comment vous joindre (adresse et numéro de téléphone) ?

.....
.....

Si vous souhaitez vous faire représenter par une tierce personne lors du retour de votre enfant, merci de préciser le nom de la personne venant le chercher ainsi que le lieu (centre, gare, lieu intermédiaire).

Nom : Prénom : Lien avec l'enfant :
Téléphone :

N.B. : le représentant du séjour est habilité à demander de justifier de son identité à toute personne qui vient chercher l'enfant.

Si vous l'autorisez à quitter seul le groupe, précisez à quel moment (du centre, en cours de trajet ou à l'arrivée du train)

.....
.....

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance des **conditions générales de vente** et de la **Charte de Qualité et de Sécurité de Telligo** et les accepter. J'autorise le directeur à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, intervention chirurgicales). Je m'engage, de plus, à rembourser la totalité des sommes avancées.

Fait à Le.....

Signature des parents ou tuteurs