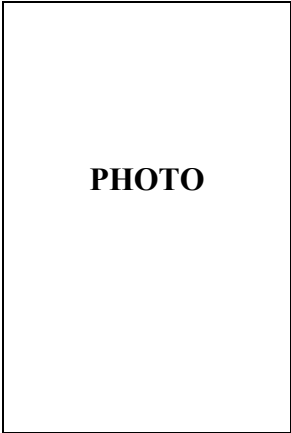




390, route des charretiers BP 50
82403 Valence d'Agen cedex
Tel : 05.63.29.13.66



Séjour choisi :

Du Au

Nom de l'enfant :

Prénom :

Fille Garçon Né(e) le : Age : ...ans Poids :

Nationalité :

Responsable légal de l'enfant : Père Mère Tuteur
(cochez la case correspondante)

Nom et Prénom :

Tél fixe : Tél portable

Adresse :

Code postal : Ville :

E-mail :

N° Sécurité Sociale :

Où téléphoner en cas d'urgence :

Nom :

Téléphone :

Ville :

FICHE 1 - ENFANT

SANITAIRE Nom :

DE LIAISON Prénom :

Date de naissance :

Garçon Fille

2 – VACCINATIONS (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie	Hépatite B
Tétanos	Rubéole-
Poliomyélite	Oreillons-
Ou DT Polio	Rougeole
Ou Tétracoq	Coqueluche
BCG	Autres

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

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

Si **oui** joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES :

Rubéole **Varicelle** **Angine** **Rhumatisme** **Scarlatine**
Articulaire aigû
Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

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

ALLERGIES : Asthmes Oui Non **MEDICAMENTEUSES** Oui Non

ALIMENTAIRES Oui Non **AUTRES** :

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

(si automédication le signaler)

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

Je soussigné (e).....

Responsable légal de l'enfant, autorise la direction du centre de vacances, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales en cas de nécessité. Je m'engage à respecter les conditions générales et financières de l'Association, et à rembourser dans les huit jours qui suivent la facturation, le montant des frais qui auraient pu être avancés. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'annulation couvrant les cas de force majeure J'autorise également l'Association à utiliser éventuellement les photos de mon enfant prises au cours du séjour. Ceci pour publication de la brochure afférente aux séjours à venir et organisés par l'Association. Je m'engage à ne demander aucune indemnité pour cela Mon enfant pratiquera selon les séjours, les activités proposées. Je fournirai au moment du départ un certificat médical de moins de 3 mois attestant que l'enfant est apte à participer au séjour et aux activités proposées qu'il n'est atteint d'aucune maladie contagieuse.

Fait le..... à
Signature :

Observations particulières :

Profession Père :

Profession Mère :

L'enfant vient-il pour la première fois : Oui Non
Centres fréquentés les années précédentes :

Comment avez-vous connu LE CLAM (cochez la case correspondante) :
Presse Radio Tracts d'information
Catalogue Collectivités, CE Amis
Internet Autres :.....

LE CLAM (siège social) Bureaux Ouverts :
390, route des Charretiers du lundi au vendredi de :
Boîte Postale 50 9 h 00 à 12 h 00
82400 VALENCE D'AGEN et de 13 h 30 à 17 h 30
Site Internet : www.evolution-moto.com
Email : clam82400@gmail.com **Tel** 05 63 29 13 66 **Fax** 09.83.23.13.66

Indiquez ci-après :

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

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

4 – RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte t'il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

Précisez :
.....
.....
.....
.....
.....

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

Code postal : Ville :

E-Mail :

Tél. fixe (et portable), domicile :

BUREAU :

Nom et Tél 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, toute les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date :

Signature :

**L'attestation de sécurité sociale et mutuelle (important)
Un certificat médical d'aptitude aux pratiques de la moto et d'activités sportives est obligatoire**

CERTIFICAT MEDICAL

De moins de 3 mois

Date du séjour :

Je soussigné(e),

.....

Docteur :

Certifie que l'enfant :

- Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique des activités sportives suivantes (**lister toutes les activités prévues au séjour**)* :

.....

.....

.....

- Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.

- Est à jour des vaccinations obligatoires.

A..... le

.....

Signature du Médecin

Tampon du médecin

› **La mention « tous les sports » n'est pas valide.**

CHARTRE D'ENGAGEMENT DES PARTICIPANTS

Pour la bonne marche de nos séjours, nous demandons aux participants de s'engager à respecter le règlement des séjours de vacances du CLAM en signant le contrat ci-après :

JE M'ENGAGE :

- ♦ A respecter les règles de fonctionnement établies par l'équipe d'animation, les règles du camping ainsi que celles présentées par les prestataires d'activités.
- ♦ A participer aux tâches de la vie quotidienne : vaisselle, nettoyage des tables, en fonction d'un tableau établi en début de séjour et équitable pour tous.
- ♦ A avoir une attitude correcte excluant la violence et la grossièreté dans la façon de m'adresser aussi bien aux adultes qu'aux autres participants.
- ♦ A respecter le centre et le matériel mis à disposition par l'association.

JE SAIS QUE :

- ♦ L'introduction et l'usage de la drogue, quelle qu'elle soit, sont formellement interdits et entraînent un renvoi immédiat. Dans le cas de vente, un signalement sera fait auprès des services compétents.
- ♦ L'achat et/ou la consommation d'alcool est interdite durant le séjour que ce soit dans le centre ou à l'extérieur.
- ♦ Il est interdit de fumer dans les chambres, les tentes, et dans tous les locaux communs.
- ♦ Les vols, dégâts et actes de vandalisme ne sont couverts par aucune assurance. La réparation des dommages sera payée par mon argent de poche si le montant le permet, dans le cas contraire les frais seront dus par les parents.

En cas de non respect de l'une de ces règles (et en fonction de sa gravité), le jeune sera une première fois averti et mis en relation avec ses parents. En cas de récidive une mesure de renvoi pourra être décidée. Dans ce cas les frais de retour et d'accompagnement seront intégralement à la charge de la famille. Aucun remboursement total ou partiel du séjour ne sera dû par le CLAM.

Nous demandons aux responsables des enfants de ne leur donner que des affaires rustiques pour lesquelles ils n'auront aucun regret en cas d'égarement ou de détérioration. Les portables, les MP3, Ipod, Iphone et autres objets sont **strictement interdits**. Le CLAM ne peut être tenu pour responsable de la perte ou de l'égarement des vêtements et autres objets.

(Signatures au verso)

AUTORISATION PARENTALE
(à remplir SVP)

Je soussigné(e) Mme, Mr:.....

Mère – Père – Tuteur (rayez la mention inutile)

Autorise mon enfant :

Nom :

Prénom :

A pratiquer les activités sportives mentionnées ci-dessous pour son séjour de vacances (**lister toutes les activités prévues au séjour**) * :

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

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de participation du CLAM.

Fait à Le

Signature (avec mention « Lu et approuvé »)

* La mention «tous les sports» n'est pas valide.

Droit à l'image : Oui Non

CHARTRE D'ENGAGEMENT DES PARTICIPANTS

Nom de l'enfant : Prénom :

Séjour :

Signature du participant précédée de la mention
« Lu et approuvé »

Je soussigné Mr./Mme.....
Père/Mère/Tuteur de l'enfant ci-dessus mentionné

- certifie avoir pris connaissance de la charte d'engagement et déclare l'accepter.
- Je m'engage à récupérer mon enfant si Le CLAM en prenait la décision.
- En mon absence, je délègue tous pouvoirs pour ce faire à :

Mr/Mme :

Adresse :

Tél. :

Et vous assure que cette personne sera présente durant la période du séjour de vacances concerné.

Signature des parents précédée de la mention
« Lu et approuvé ».

Moyen d'arrivée : Avion Voiture Train
Horaire d'arrivée : Valence d'Agén..... Toulouse..... Agén.....
Horaire de départ : Valence d'Agén..... Toulouse Agén.....
Hébergement : Chalet