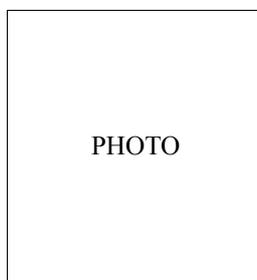


Le Clair Matin - Centre de vacances Chez vous en Haute-Savoie

Lieu-dit Le Frenay 74500 St-Paul-en-Chablais.
Tél : 04 50 73 60 55 - Fax : 09 59 27 16 51 - GSM : 06 85 93 87 00
Mail : contact@clairmatin.fr Internet : www.leclairmatin.fr

FICHE D'INSCRIPTION



Nom de l'enfant : _____ Prénom : _____ Âge : _____ ans.

Né(e) le : _____ à : _____ Sexe : _____

PARENTS OU TUTEURS LEGAUX.

Nom : _____ Prénom : _____

N° : _____ rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Autre Mail ou Fax. : _____

DOMICILE DE L'ENFANT (si Différent)

Nom du Lieu ou de la Famille : _____

N° : _____ rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Autre Mail ou Fax. : _____

AUTRE RÉFÉRENT DE L'ENFANT (Éducateur, ou autre personne)

Nom et Fonction : _____ Coordonnées : _____

SÉJOUR CHOISI . Dates :

Intitulé: _____ Prix : _____ €.

ORGANISMES D'ASSURANCE DONT DEPEND LE RESPONSABLE DE L'ENFANT CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Code postal : _____ Ville : _____

Pour pouvoir être prises en compte les attestations CMU, ou autre prise en charge doivent
impérativement être fournies lors de l'inscription ainsi que **la carte vitale**

ASSURANCE: _____

Code postal : _____ Ville : _____

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS

Nom : _____ Prénom : _____

N° : _____ rue : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. dom. : _____ Tél. Trav. : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant vient-il pour la première fois en centre de vacances ?

AUTRES RENSEIGNEMENTS :

Concernant l'enfant sur son état physique, son caractère, ses goûts, fournis par le chef de famille : _____

: _____
: _____
: _____

OBJETS PRÉCIEUX :

Le centre ne pourra en aucun cas être rendu responsable de la perte ou du vol de bijoux, montre, boucle d'oreilles, etc. , dont le port est déconseillé.

ARGENT DE POCHE :

Au départ :

Au retour :

Le centre ne pourra en aucun cas être rendu responsable de la perte ou du vol de l'argent de poche non confié à un animateur.

VISITE AU CENTRE DE VACANCES : Les parents qui souhaitent rendre visite à leur enfant sont les bienvenus. Nous vous demandons toutefois de nous prévenir de votre visite. L'enfant ne pourra être confié par le directeur du séjour aux parents ou à toute personne que sur demande écrite et signée du responsable légal de l'enfant qui déchargera le directeur de toute responsabilité.

ACTIVITÉS :

Existe-t-il des contre indications médicales pour certaines activités ?

Si oui lesquelles ?

L'enfant sait-il nager ?

Brevets de natation :

Profession du père : _____ Employeur : _____

Profession de la mère : _____ Employeur: _____

Déclaration du chef de famille.

Je soussigné(e) Mme – Mlle – M. : _____

Père – Mère – Tuteur – Responsable du jeune : _____

- 1. Autorise le directeur du centre de vacances à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.*
- 2. M'engage à payer la part des frais de séjour incombant à la famille, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle.*
- 3. En cas de renvoi pour raison d'inadaptation, m'engage à prendre à notre charge les suppléments dus au retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.*

À : _____ Le : _____

Signature