

Coller ici
une photographie
récente de l'enfant
(obligatoire)

Cadre réservé à Valt

Adresse mail de correspondance (convocation, trousseau...):
(écrire en lettres capitales)

@

Sans e-mail, les informations seront envoyées par courrier

À adresser PAR COURRIER à :

VALT 33
204 rue Mouneyra
33000 BORDEAUX
Tél. 05 57 81 49 00

Ou à :

VALT 31
9 rue Cancé
31000 TOULOUSE
Tél. 05 62 30 88 03

Séjour choisi : **Thème**

Du au Réf. séjour 317 Prix :

Départ / retour (cochez) Bordeaux Toulouse Autre*

*pour chaque séjour, les départs possibles sont indiqués sur le catalogue Valt ou sur www.valt.com

Option séjours Corse p. 23 & 25 : Baptême de plongée en Corse 50 € Oui Non

Option séjours Vielle Aure p. 19 : Vol en parapente à Vielle Aure 70 € Oui Non

NOM de l'inscrit (en majuscules) Prénom

Né(e) le / / Age Nationalité Ecole Classe

Nom et adresse des parents (si adresse père et mère différentes, merci d'indiquer les deux adresses)

Célibataire Marié Vie Maritale Pacsé Séparé Divorcé Veuf

Profession du père de la mère

Tél. domicile (Père) (Mère)

Tél. travail (Père) (Mère)

Portable (Père) (Mère) Autre

Email (écrire en lettres capitales) @

Si différent, nom, n° de tél. et Email du responsable de l'enfant durant le séjour

Responsable de l'enfant : NOM (en majuscules) Prénom

N° S.S Allocataire CAF

Prise en charge CMU (si oui, joindre obligatoirement le formulaire à jour aux dates du séjour)

Je soussigné(e) père, mère, responsable légal de l'enfant

- Autorise mon enfant à participer au séjour indiqué et à pratiquer toutes les activités sportives organisées durant le séjour,
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- accepte les conditions générales des séjours indiqués page 39 et notamment la prise et l'exploitation de photographies, films,
- engage ma responsabilité en cas d'inexactitude ou oubli de signaler tout traitement, suivi ou antécédents médicaux
- autorise la Direction de VALT et le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
- m'engage à rembourser les éventuels frais médicaux avancés par l'organisateur durant le séjour
- en cas de renvoi, je m'engage à prendre en charge les suppléments dus au retour individuel ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.

FICHE SANITAIRE A COMPLETER AU VERSO

Fait à le
Signature obligatoire du responsable légal de l'enfant

Cadre réservé à Valt

Acompte séjour 230 €
+ Adhésion annuelle obligatoire... 20 €
(valide du 01/01/2017 au 31/12/2017)
Option assurance annulation 20 €
 Oui Non
Ci-joint un règlement à l'ordre de VALT
 Chèque paiement en ligne* autre

Séjour choisi :

Du au

FICHE D'INSCRIPTION

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

NOM de l'inscrit (*en majuscules*)

Prénom

Né(e) le / / Age Taille Poids Sexe masculin féminin

Renseignements médicaux concernant l'enfant

(Entourez les maladies contractées) :

Rubéole / Varicelle / Angine / Rhumatisme / Scarlatine / Coqueluche / Otite / Asthme / Rougeole / Oreillons

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (*opérations, maladies, allergies, accidents,*) et autres informations :

(Entourez les maladies contractées) :

Si oui, lequel ? (*joindre impérativement l'ordonnance aux médicaments*)

Régime alimentaire particulier (*médical, religieux, allergies ...*)

Recommandations des parents / responsables légaux

Pour accompagner au mieux votre enfant durant son séjour, s'il rencontre des difficultés quelconques (premier départ, vie en collectivité, etc.), nous sommes à votre écoute **AVANT LE DEPART** pour en parler et prendre en compte vos recommandations ci-dessus.

Est-ce son premier départ en collectivité ? Oui Non

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non Occasionnellement

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

Bénéficiez-vous de l'aide médicale (CMU) ? Oui Non

Si oui, joindre obligatoirement l'attestation de prise en charge CMU en cours de validité à la date du séjour.

Vaccinations

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
Ou DT Polio			
Ou Tétracoq			

Vaccins recommandés	Dates
Hépatite B	
Rubéole/Oreillons/Rougeole	
Coqueluche	
BCG	
Autres... (précisez)	

Votre enfant porte-t-il ?	Oui	Non
Lunettes		
Lentilles		
Prothèses auditives/diabolos		
Prothèses dentaires		
Autres... (précisez)		

Je soussigné(e)

père, mère, responsable légal de l'enfant

Declare exacts les renseignements portés sur cette fiche, engage ma responsabilité en cas d'inexactitude ou oubli de signaler tout traitement, suivi ou antécédent médical. J'autorise la Direction de VALT et le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à le

Signature obligatoire du responsable légal de l'enfant

Comment avez-vous connu Valt :

Déjà parti avec Valt / Internet / Presse - radio /

Bouche à oreille / Ecole / autres :

