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

FICHE D'INSCRIPTION

HIVER/PRINTEMPS 2023

Cadre réservé à Valt

FICHE SANITAIRE À COMPLÉTER AU VERSO

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

@

Sans e-mail, les informations seront envoyées par courrier

À adresser PAR COURRIER ou PAR EMAIL :
VALT, 204 rue Mouneyra, 33000 BORDEAUX
sejours@valt.com

Séjour choisi : Thème

Du au Réf. séjour Prix :

Départ / retour *(cochez)* ☐ Bordeaux ☐ Toulouse ☐ Autre*

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

Taille : Pointure : Poids : Niveau de ski : Niveau de snow :

Option : Location matériel ski ou snow 60 € *(sauf pour Cocktail Pyrénées : 40 €)* ☐ Oui ☐ Non

NOM de l'inscrit (en majuscules) **Prénom**

Sexe ☐ F ☐ M Né(e) le / / Âge Nationalité École Classe

Adresse

Inscription avec un copain, une copine, nom :

Responsable 1

☐ père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐ Autre :

☐ marié ☐ vie maritale ☐ divorcé ☐ célibataire

Autre :

Nom :

Adresse (si différent de l'inscrit) :

Tél. domicile :
Portable 1 :
Portable 2 :
Tél. travail :
Email :

Responsable 2

☐ père ☐ mère ☐ tuteur légal ☐ Autre :

☐ marié ☐ vie maritale ☐ divorcé ☐ célibataire

Autre :

Nom :

Adresse (si différent de l'inscrit) :

Tél. domicile :
Portable 1 :
Portable 2 :
Tél. travail :
Email :

Personne à prévenir en priorité durant le séjour :

À remplir OBLIGATOIREMENT et cocher la case correspondante :

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

☐ Autorise, ☐ N'autorise pas,

L'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour à photographier et filmer l'enfant inscrit :
- à des fins d'utilisation sur le site internet pour les nouvelles du séjour destinées à la famille,
- pour la présentation et l'illustration (web, brochures) des séjours et centres proposés par l'association VALT.

- J'accepte les conditions générales des séjours indiquées dans ce catalogue et sur le site valt.com,
- J'autorise mon enfant à participer au séjour indiqué et à pratiquer toutes les activités sportives organisés durant le séjour,
- Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
- Je 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 À COMPLÉTER 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 01/01/2023 au 31/12/2023)
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 SANITAIRE
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

NOM de l'inscrit *(en majuscules)*

Prénom

Né(e) le / / Âge 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 :

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

.....

Régime alimentaire particulier *(médical, sans viande, 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 DÉPART 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

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.

N°SS de la personne couvrant l'inscrit

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

Déclare 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 / École / autres :

.....