



FICHE D'INSCRIPTION

ETÉ / AUTOMNE 2023

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

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 :

VALT, 204 rue Mouneyra,
33000 BORDEAUX

ou PAR MAIL : contact@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

Option Séjours Corse p14 et 15 : Baptême de plongée en Corse 65€ 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) :

Profession :

Tél. domicile :

Portable :

Tél. travail :

Email :

Responsable 2

père mère tuteur légal Autre :

marié vie maritale divorcé célibataire

Autre :

Nom :

Adresse (si différent de l'inscrit) :

Profession :

Tél. domicile :

Portable :

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 01/01/2022 au 31/12/2022)
 Option assurance annulation 20 €
 Oui Non
 Ci-joint un règlement à l'ordre de VALT
 Chèque paiement en ligne* autre

*tendez-vous sur www.valt.com

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 :

(Entourez les maladies contractées) :

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), réalisation d'un autotest COVID19) 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 :