



BULLETIN D'INSCRIPTION

A nous retourner au plus tôt SVP

COUSINS – 1 rue de l'Égalité – 92227 BAGNEUX CEDEX

Nom du Séjour* :
 Date de Départ* :
 Nom du Comité d'Entreprise :

Cadre Réservé aux Cousins

N° de dossier :
 Code Séjour :

I - PARTICIPANT

Nom - Prénom de l'enfant* :

Date de Naissance* :/...../..... Age : Sexe :

Nationalité* :

Je souhaite être dans le même groupe que :

(si tel est le cas, indiquez le nom du jeune, SOUS RESERVE enfants du même âge)

II - RESPONSABLE LEGAL DU JEUNE

Père - Mère - Tuteur

Nom - Prénom* :

Adresse* : N - Rue :

Code Postal* : Ville :

Téléphone mère* : Domicile : ----/----/----/----/---- Portable : ----/----/----/----/---- Bureau : ----/----/----/----/----

Téléphone père : Domicile : ----/----/----/----/---- Portable : ----/----/----/----/---- Bureau : ----/----/----/----/----

Téléphone du participant : ----/----/----/----/----

Autres en cas d'urgence :- ----/----/----/----/----/

Votre adresse Email lisible et obligatoire* :

L'enfant a-t-il une **allergie sévère** ou un **handicap** ou un **problème de santé** sérieux que nous devons prendre en compte ?

Non

Oui à préciser impérativement sur la fiche sanitaire. **(le Responsable Pédagogique sera susceptible de vous appeler)**

AUTORISATION

Je (nous) soussigné (s), Mme / Mr, responsable de l'enfant

- déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente,
- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de mon enfant,
- m'engage à payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels,
- autorise l'utilisation des photos prises de mes enfants lors des séjours pour illustrer la brochure ou les blogs des séjours.

- POUR LE RETOUR DU SEJOUR (cocher la case correspondante) : Uniquement pour les mineurs

- Mon fils / ma fille est autorisé (e) à rentrer seul (e) au retour du séjour
- Mon fils / ma fille n'est pas autorisé (e) à rentrer seul (e) au retour du séjour

SI BESOIN, PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT AU RETOUR DU SEJOUR : UNIQUEMENT POUR LES MINEURS

Lien avec l'enfant :

Nom : Prénom :

Tel 1 : Tel 2 :

NB : Le responsable du séjour est habilité à demander de justifier de son identité à toute personne venant chercher l'enfant.

Date :

Signature :

**SI L'INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT CONCERNE LES SEJOURS
SUIVANTS, MERCI DE COCHER LES ACTIVITES CHOISIES**

ESCAPADE DANS LA DROME

ACTIVITES	1 ^{ère} semaine	2 ^{ème} semaine	3 ^{ème} semaine
Arts du spectacle (8-13 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cani-Rando (10-13 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Créa Mode (12-15 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuisinier en herbe (8-13 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Equitation (11-15 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fais ton clip (11-14 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Speed (10-15 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summer camp (8-12 ans)			
Top activités (4-15 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poney (4-10 ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SEJOURS EN ANGLETERRE

Collège English and sport		English and sport/fun (uniquement pour les 11/15 ans)	
Multi-activités	<input type="checkbox"/>	Basket-ball	<input type="checkbox"/>
Football	<input type="checkbox"/>	Tennis	<input type="checkbox"/>
Option 4	<input type="checkbox"/>		
Rugby	<input type="checkbox"/>		
Tennis	<input type="checkbox"/>		

**SI VOTRE ENFANT PRATIQUE LE SKI OU LE SKI DE FOND LORS DE
SON SEJOUR MERCI DE PRECISER :**

Pointure			
Taille			
Niveau de ski	Débutant	Expérimenté	Confirmé



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

(Uniquement pour les mineurs)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de votre enfant. Merci de bien vouloir la remplir avec attention.

Séjour :	Du au
Nom - Prénom de l'enfant :
Date de Naissance :/...../.....	Age : Sexe :

1 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui non		DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
	oui	non			
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

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

Attention : Le vaccin ANTI-TETANIQUE ne présente aucune contre-indication

2 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

3 - L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

Merci de rayer les mentions inutiles

ANGINE	oui	non
COQUELUCHE	oui	non
OREILLON	oui	non
OTITE	oui	non
RUMATHISME ARTICULAIRE AIGÛ	oui	non
ROUGEOLE	oui	non
RUBÉOLE	oui	non
SCARLATINE	oui	non
VARICELLE	oui	non

L'enfant est-il asthmatique ? oui non

L'enfant a-t-il des allergies ? oui non

Précisez les causes et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

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

Indiquez ci après :

Les **difficultés de santé** (accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) 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.)

Merci de précisez :

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

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

Adresse (pendant le séjour)

.....
.....

Téléphone : Domicile Portable Bureau

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif)

.....

Je soussigné(e),, responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :