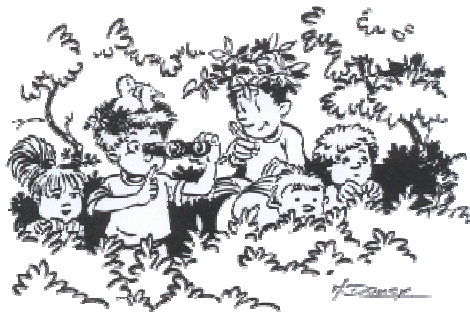


SÉJOURS PETITES VACANCES SCOLAIRES  
"Camps Multi Activités"  
7-14 ans

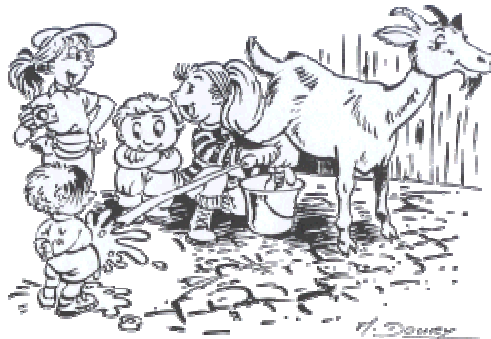
A Pâques

du dimanche 22 avril  
au samedi 28 avril 2012



A la Toussaint

du dimanche 28 octobre  
au samedi 3 novembre 2012



DOSSIER D'INSCRIPTION

Vacances été 2012



à renvoyer avant le        /        /  
CPA Lathus – BP 5 - 86390 Lathus

☎ 05 49 91 72 60 Nathalie Chevrier

Nom et Prénom de l'enfant : .....



## BORDEREAU DE TRANSMISSION

Vérifier que votre dossier est complet et qu'il comprend :

- La fiche d'inscription complétée et signée.
- La fiche sanitaire complétée et signée.
- Un chèque (ou chèques vacances) correspondant au montant du ou des séjour(s) à l'ordre du C.P.A Lathus.
- Le justificatif des aides (bons vacances CAF, MSA, prise en charge d'un organisme social...) ou copie du passeport CAF.
- Une copie de la prise en charge médicale particulière (CMU...).

**Pour les camps équitation galops 1 à 6 et randonnée**

- La fiche de renseignements complémentaires complétée.

**A envoyer avec ce dossier ou dans les deux mois qui précèdent le camp**

(Sauf pour les 4-6 ans)

- L'attestation de la capacité du pratiquant à se déplacer dans l'eau sans présenter de signes de panique sur un parcours de 20 m, avec passage sous une ligne d'eau, posée et non tendue. Le parcours est réalisé dans un bassin ou plan d'eau d'une profondeur d'au moins 1.80 m. Le départ est effectué par une chute arrière volontaire (Arrêté du 20/06/03).

### Confirmation

A réception de votre dossier, nous vous confirmerons par courrier l'inscription de votre enfant. Une liste des affaires nécessaires pour le séjour sera jointe.

## RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

### CAMPS EQUITATION

(galops 1 à 6 – randonnée)

Nom - Prénom : ..... Date de naissance : .....

Intitulé du camp : ..... Dates : ..... N° : .....

☞ L'enfant est-il licencié(e) 2012 ?

Oui

N° licence ..... Pony  Cheval  Tourisme Equestre

N° du Club : ..... Ligue (région) .....

Non

Votre enfant a-t-il été licencié(e) une autre année ?

Oui  (en quelle année ? .....)

Non

N° licence ..... Pony  Cheval  Tourisme Equestre

N° du Club : ..... Ligue (région) .....

Souhaitez-vous prendre une licence ? Non  Oui  (joindre un chèque de 25 €)  
(Attention ! La licence est obligatoire pour valider un galop)

Si oui, Indiquer l'adresse et le n° de téléphone qui devront apparaître sur votre licence.....

.....

☎ : ...../...../...../...../.....

☞ Votre enfant est-il adhérent(e) du Club Lathus-Montmorillon ? Oui  Non

☞ Niveau équestre : Galop 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 (entourer le dernier galop validé)

Quel(s) galop(s) votre enfant souhaite t-il passer pendant le séjour ? .....  
(Pour les camps galops 1 à 6 uniquement)

Nom du comité d'entreprise partenaire (s'il y a lieu) : .....

SEJOURS CHOISIS

N° camps	Dates	Intitulé	Tarif
			€
			€
			€
Week-end entre deux séjours : 52 € (Préciser les dates : du samedi ..... midi au dimanche ..... après-midi)			€
<b>Total à régler →</b>			€

Ci-joint le règlement par :

<input type="checkbox"/> chèque d'un montant de	€
<input type="checkbox"/> bons vacances d'une valeur de	€
<input type="checkbox"/> chèques-vacances d'une valeur de	€
<input type="checkbox"/> prise en charge d'un montant de	€
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)	€
<b>TOTAL</b>	€

Je joins un autre chèque d'un montant de 25 € pour la licence équitation

Les chèques doivent être libellés à l'ordre de CPA Lathus



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008\*02

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

1 - ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - 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
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui  non

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

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

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

<b>RUBÉOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>VARICELLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ANGINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>SCARLATINE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
<b>COQUELUCHE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OTITE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>ROUGEOLE</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	<b>OREILLONS</b> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) 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...PRÉCISEZ.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**FICHE D'INSCRIPTION**

PHOTO  
Obligatoire

Nom : .....

Prénom : ..... Fille  Garçon

Date de naissance : ..... (Age : ..... ans)

Adresse : .....

.....

E.mail : .....@.....

**Père :**

**Mère :**

domicile : ...../...../...../...../.....

domicile : ...../...../...../...../.....

portable : ...../...../...../...../.....

portable : ...../...../...../...../.....

travail : ...../...../...../...../.....

travail : ...../...../...../...../.....

Allocataire C.A.F : Oui  Non  n° .....

Allocataire M.S.A : Oui  Non  n° .....

Autre(s) aide(s) (préciser) : .....

N° sécurité sociale : .....

*Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant ....., souhaite l'inscrire au(x) stage(s) cité(s) au verso et déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription.*

A ....., le .....

**Signature,**