



# FICHE D'INSCRIPTION

## SEJOUR ETE

Juillet  Août

Séjour : ..... du ..... au ..... / ..... / 2015

- Transport : ville de départ .....
- Carte de réduction (12-25 ans...etc.) : .....
- Enfant emmené / récupéré directement sur le lieu du séjour

INDIVIDUEL

OU

C.E. (BROCHURE OUVERTE)

Nom : .....

## IDENTITE DU JEUNE

Nom : ..... Prénom : ..... Email : .....

Né(e) le : ...../...../..... Age : .....ans Sexe :  M  F Nationalité : ..... Portable : .....

**Séjour à l'étranger (nous transmettre une copie du passeport) :**

Passeport N°  Délivré le ...../...../..... Valable jusqu'au ...../...../.....  
A la préfecture de : .....

## IDENTITE DES PARENTS, DE LA PERSONNE RESPONSABLE, DU TUTEUR LEGAL OU DU JEUNE ADULTE PARTICIPANT

Nom : ..... Prénom : ..... Autorité parentale :  Père  Mère  Tuteur

Adresse : .....

Code Postal :  Ville : ..... Email : .....

Domicile : .....  Portable : .....

Travail (mère) : .....  Travail (père) : ..... Fax travail : .....

Je souhaite recevoir les courriers par email :  Oui  Non

N° Sécurité Sociale : ...../...../...../...../...../...../..... Centre Payeur S.S. : .....

Adhérez-vous à une mutuelle ? Si oui, laquelle : .....

L'enfant dépend-il de l'Aide sociale à l'enfance (foyer – DASS) :  Oui  Non L'enfant est-il en famille d'accueil :  Oui  Non

## PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DURANT LE SEJOUR

Nom : ..... Prénom : .....  Portable : .....

## RECOMMANDATIONS À NOTER POUR LE BON DÉROULEMENT DU SÉJOUR

**Séjour & activité** (contre-indication pour un sport, "être dans le même groupe qu'un autre jeune" ...) :  
.....  
.....

*NB : suivant le nombre d'inscrits, nous pouvons être amené à composer plusieurs groupes pour un même séjour*

**Santé** (exemple : difficulté de santé, maladie, handicap, accident, crises convulsives, être dans le même groupe qu'un autre jeune... ou tout autre problème affectif ou psychologique que l'équipe doit impérativement connaître) :  
.....  
.....  
.....

## RÉGLEMENT

Prix du séjour : ..... Euros

Arrhes versées (20% du total) : ..... Euros

Acheminement de Province : ..... Euros

Assurance Annulation :  3,3 %  4,5 % : ..... Euros

### ATTENTION :

50 % du prix du séjour doit être versé à J-45 et le solde doit impérativement être réglé 30 jours avant le départ.

Sécuritétaxe : ..... Euros

Je soussigné(e)

.....  
représentant légal, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise mon enfant à participer lors de ce séjour aux activités et programme organisés par et pour ZIGO. J'accepte également que soient diffusées sur brochure et sur le site Internet, des photos de mon enfant, prises lors du séjour et m'engage à ne pas réclamer de somme d'argent à ZIGO pour les photos diffusées.

De plus, je déclare avoir eu connaissance des garanties d'assurance établies par Zigo afin de me permettre de souscrire, si nécessaire, à des garanties complémentaires. Je m'engage à adhérer au projet du séjour et à accepter, en parfait état de connaissance, nos conditions d'inscriptions.

Enfin, j'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Je déclare avoir eu connaissance des informations contenues sur les sites suivants :

[www.sante-sports.gouv.fr](http://www.sante-sports.gouv.fr) (grippe A) ; [www.who.int/fr/](http://www.who.int/fr/) (site de l'OMS, sur la grippe A) ; [ww.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs\\_909/](http://ww.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs_909/) (site du ministère français des Affaires Etrangères qui donnent des conseils aux voyageurs).

Le contenu de ces sites informe les participants sur les risques éventuels liés aux voyages. Les participants reconnaîtront avoir pris connaissance de ces informations en signant ce document lors de l'inscription.

A .....  
le ...../...../.....  
Signature :



# FICHE SANITAIRE

Merci de remplir ce document, de le signer et de le renvoyer le plus rapidement possible à :  
**ZIGO TOURS - 50, rue Abbé Grégoire - 38 000 GRENOBLE**

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant. Elle évite de vous munir de son carnet de santé. Elle vous sera rendue à la fin du séjour avec les observations éventuelles.

## I. ENFANT

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : ..... / ..... / .....  
Sexe :  M  F Séjour : ..... du ..... au ..... / ..... / 2015

## II. VACCINATIONS

Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccinations de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé.

### ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUES - ANTICOQUELUCHE

| Précisez s'il s'agit : | VACCINS PRATIQUES | DATES |
|------------------------|-------------------|-------|
| du DT polio            |                   |       |
| du DT coq              |                   |       |
| du Tétracop RAPPELS    |                   |       |
| de l'Hépatite B        |                   |       |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | ANTIVARIOLIQUE | AUTRES VACCINS |
|------------------------|----------------|----------------|
| DATES                  | DATES          | DATES          |
| 1 <sup>er</sup> vaccin |                |                |
| Revaccination          |                |                |

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ?

| INJECTIONS DE SERUM | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|-------|
|                     |        |       |
|                     |        |       |

## III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ? :

|                                                                         |                                                                        |                                                                      |                                                                          |                                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| RUBEOLE<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    | VARICELLE<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | ANGINES<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | RHUMATISMES<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | SCARLATINE<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui |
| COQUELUCHE<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui | OTITES<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    | ASTHME<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  | ROUGEOLE<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui    | OREILLONS<br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui  |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT LES DATES :  
(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

..... | ..... / ..... / .....  
..... | ..... / ..... / .....

## IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS

.....  
.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ?  Non  Oui Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

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

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

Je soussigné(e) .....

responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

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

Signature :