



# FICHE D'INSCRIPTION

<b>SEJOUR ETE</b>	Juillet <input type="checkbox"/>	Août <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>INDIVIDUEL</b>
Séjour : ..... du.....au ..... / ..... / 2011			OU
<input type="checkbox"/> Transport : ville de départ .....			<input type="checkbox"/> <b>C.E.</b> (BROCHURE OUVERTE)
<input type="checkbox"/> Carte de réduction (12-25 ans...etc) : .....			<b>Nom :</b> .....
<input type="checkbox"/> Enfant emmené/récupéré directement sur le lieu du séjour			
<input type="checkbox"/> Assurance Annulation (3,30% du prix total du séjour)			

<b>IDENTITE DU JEUNE</b>	<small>* Indispensable pour communiquer l'adresse du blog</small>
Nom : ..... Prénom : ..... Email * : .....	
Né(e) le : ...../...../..... Age : ..... ans Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Nationalité : .....	
<u>Séjour à l'étranger</u> (pour les séjours via USA ou Australie) : Passeport N°.....	
Délivré(e) à ..... le ___/___/___ valable jusqu'au ___/___/___	

<b>IDENTITE DES PARENTS, DE LA PERSONNE RESPONSABLE OU DU TUTEUR LEGAL</b>
Nom : ..... Prénom : ..... Autorité parentale : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
Adresse : .....
Code Postal : ..... Ville : .....  Domicile : .....
Travail (mère) : .....  Travail (père) : ..... Fax travail : .....
Portable : ..... email : .....@.....
Je souhaite recevoir les courriers par email : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
L'enfant est-il en famille d'accueil : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

<b>PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'ABSENCE DURANT LE SEJOUR</b>
Nom : ..... Prénom : .....  : .....

## 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"...) : ..... ..... <b>NB : suivant le nombre d'inscrits, nous pouvons être amené à composer plusieurs groupes pour un même séjour</b>	santé (traitement médical, comportement...) : ..... ..... <b>NB : fiche sanitaire de liaison à nous retourner impérativement avant le départ du séjour</b>
--	---

<b>REGLEMENT</b>	<b>ATTENTION :</b>
Prix du séjour : ..... Euros	50% du prix du séjour doit être versé à J-45
Assurance Annulation : ..... Euros (3,30% du prix total du séjour)	et le solde doit impérativement être réglé
Arrhes versées (20% du total)* : ..... Euros	30 jours avant le départ.

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.

A ..... le .....

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.

Signature :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON (Health Record)

# ZIGO

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

## I. ENFANT

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

Name

SEXE : Masculin  Féminin

PRENOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : / / .

SEJOUR : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_ .

(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).

## II. VACCINATIONS

**ANTIPOLIOMYELITIQUE – ANTIDIPHTERIQUE – ANTITETANIQUES – ANTICOQUELUCHE**

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
Du DT polio		
Du DT coq ( <i>whooping cough</i> )		
Du Tétracoq RAPPELS		
Hépatite B		

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES		DATES
1 <sup>er</sup> vaccin	/ /		/ /		/ /
Rappel	/ /		/ /		/ /

Si l'enfant n'est pas vacciné, pourquoi ? *If the child is not vaccinated, why?*

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SERUM		/ /
		/ /

## III. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes : *Is the child had already the following diseases:*

RUBEOLE (Rubella)		VARICELLE (Chicken Pox)		ANGINES (Angina)		RHUMATISMES (Rheumatisms)		SCARLATINE (Scarlet fever)	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
COQUELUCHE (Whooping cough)		OTITES (Otitis)		ASTHME (Asthma)		ROUGEOLE (Measles)		OREILLONS (Mumps)	
NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	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 ? *Is the child following a treatment?* 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, 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.

I undersigned, responsible for the child, declare exact the information concerned this form and authorize the person in charge of the stay to take, if necessary, all the measures (medical treatments, hospitalizations, surgical operations) made necessary by the state of the child.

**Date et signature :**