

Prix :

Je note mon adresse mail, afin de recevoir les informations concernant le séjour de mon enfant :

.....@.....
(écrire en lettres capitales)
Sans e-mail, les informations seront envoyées par la Poste.

COLLER ICI UNE
PHOTOGRAPHIE
RÉCENTE DE
L'ENFANT
(OBLIGATOIRE)

Nom (en majuscule) :

Prénom :

Né(e) le : Ecole : Classe :

Nom et adresse des parents :

.....

.....

 Célibataire Marié Vie maritale Séparé Divorcé Veuf

Portable 1 : Portable 2 :

Tél. domicile : Travail :

Adresse et n° de tél. des responsables de l'enfant durant le séjour :

.....

.....

Allocataire CAF : Oui Non N° :

Profession du père : de la mère :

Séjour choisi : Option :

Du au Code RESA.....

Renseignements médicaux concernant l'enfant (entourer les maladies contractées) :

Rubéole/Varicelle/Angines/Rhumatismes/Scarlatine/Coqueluche/Otites/Asthme/Rougeole/Oreillons

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates (opérations, maladies, accidents, allergies alimentaires, médicamenteuses...) et autres informations :

.....

.....

Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? Oui Non

Si oui, lequel ? (joindre l'ordonnance aux médicaments)

.....

Recommandations des parents :

.....

.....

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non OccasionnellementS'il s'agit d'une fille, est-elle réglée Oui Non**Responsable de l'enfant :**

Nom (en majuscule) : Prénom :

N° S.S.

Prise en charge CMU Non Oui **Si oui, joindre obligatoirement le formulaire**

Tél. domicile : Travail :

Portable 1 : Portable 2 :

E-mail :@.....

(écrire en lettres capitales)

Je soussigné(e), père, mère, responsable légal de l'enfant, l'autorise à pratiquer toutes les activités sportives organisées durant le séjour, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, accepter les conditions générales des séjours indiqués en page 22 et notamment la prise et l'exploitation de photographies, engage ma responsabilité en cas d'inexactitude ou oubli de signaler tout traitement, suivi ou antécédent et autorise la Direction de Valt et le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisations, interventions chirurgicales...) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Fait à le Signature

Départ : Bordeaux Toulouse

A adresser à : VALT 33
204, rue Mouneyra
33000 BORDEAUX

ou à : VALT 31
9, rue Cancé
31000 TOULOUSE

Option : Location matériel de ski ou surf60€

 Oui Non

Option : Assurance annulation20 €

 Oui Non

Acompte séjour :160€

+ Adhésion annuelle :20€

(valide du 01/11/2011 au 31/10/2012)

Ci-joint un règlement à l'ordre de VALT chèque paiement en ligne* autre*Rendez-vous sur www.valt.com**Fiche sanitaire :****Enfant :**

Nom/Prénom :

Né(e) le : Poids :kg

Sexe : Masculin Féminin

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Date des derniers rappels
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT Polio			
ou Tétracoq			
BCG			

Vaccins recommandés	Dates
Hépatite B	
Rubéole - Oreillons	
Rougeole	
Coqueluche	
Autres... (précisez)	

Votre enfant porte-t-il :	Oui	Non
Lentilles		
Lunettes		
Prothèses auditives		
Prothèses dentaires		
Autres... (précisez)		

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

.....

.....

Cadre réservé à VALT ou cachet du CE