



# BULLETIN D'INSCRIPTION

## Colonie / Centre Aéré

Utiliser ce bulletin uniquement pour une inscription simple.  
Si vous partez à plusieurs, il convient de remplir  
UN BULLETIN par PERSONNE



**PHOTO**

(de l'enfant)

### 1 Coordonnées (merci d'écrire en majuscule)

#### Enfant

Mlle/Mme/M. NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Date de naissance (jour/mois/année) \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_ ans Sexe : \_\_\_ Poids : \_\_\_ Kg Taille : \_\_\_ Cm

Adresse : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

#### Parents / Tuteurs

Mlle/Mme/M. NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Tél. portable 2 : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

### 2 Inscription Colonie / Centre Aéré (cocher le séjour souhaité)

#### Séjour 1

Colonie :  Aventure  Multi-Sport

Centre Aéré :  A la découverte du Far West  Retour au temps des chevaliers

Date : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

#### Séjour 2

Colonie :  Aventure  Multi-Sport

Centre Aéré :  A la découverte du Far West  Retour au temps des chevaliers

Date : Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

### 3 Règlement

Tarif
Centre Aéré
140€*
100€**
* Repas du midi compris
** Sans repas du midi

*Attention : si vous bénéficiez des bons CAF, merci de joindre la notification de vos droits à votre dossier d'inscription. Les chèques vacances sont aussi acceptés.*

PRIX TOTAL DU SEJOUR : \_\_\_\_\_ €

**Merci de joindre un acompte de 30% à votre dossier d'inscription.**

#### Fiche à retourner avec le règlement

à :  
Commune de Mittersheim 1 rue des  
Messieurs 57930 MITTERSHEIM

Règlements : chèque à l'ordre du  
trésor public, par virement  
(BIC : BDF EFR PP CTT IBAN : FR27  
3000 1005 29E5 7700 000 066),  
chèques vacances ANCV, aides de la  
CAF.

Tarif Colonie
6 jours : <b>400€</b> (380€/ enfant à partir de 2 inscrits ou préinscription pour 2 semaine minimum pour 1 enfant)
12 jours : <b>800€</b> (760€ /enfant à partir de 2 inscrits ou préinscription pour 2 semaine minimum pour 1 enfant)
18 jours : <b>1200€</b> (1140€/enfant à partir de 2 inscrits ou préinscription pour 3 semaine minimum pour 1 enfant)
<b>Nos séjours se déroulent du dimanche à partir de 14h jusqu'au vendredi 17h.</b>

Attention : si vous bénéficiez des bons CAF, merci de joindre la notification de vos droits à votre dossier d'inscription. Les chèques

**PRIX TOTAL DU SEJOUR** : \_\_\_\_\_ €

**Merci de joindre un acompte de 30% à votre dossier d'inscription.**

**Fiche à retourner avec le règlement à :**

Commune de Mittersheim 1 rue des Messieurs 57930 MITTERSHEIM

Règlements : chèque à l'ordre du trésor public.  
Par virement :  
(BIC : BDF EFR PP CTT  
IBAN : FR27 3000 1005 29E5 7700 000 066), chèques vacances ANCV, aides de la CAF.

## CONDITIONS GENERALES

### Inscriptions

L'inscription est prise en compte, lors de la réception de la fiche d'inscription accompagné de la fiche sanitaire compléte et d'un chèque d'acompte de 30% du prix total du séjour. Le solde sera à régler le jour de l'arrivée.

### Annulation

En cas d'annulation définitive, l'acompte sera conservé. En cas de force majeure (certificat médical à l'appui), seule une somme forfaitaire de 30€, correspondant aux frais de secrétariat, sera retenue. Sur place, en cas de séjour abrégé, seuls les cas de force majeure sont pris en considération pour un remboursement éventuel de journées non passées au centre sur la base de 15€ par jour quel que soit le centre.

### Prix des séjours

Le prix des séjours comprend, sauf précisions spécifiques à chaque séjour, la pension complète (petit déjeuner, déjeuner, goûter, dîner) ; l'hébergement aux conditions indiquées pour chaque centre ; toutes les activités mentionnées dans les programmes ; l'encadrement à tous les moments du séjour; les frais d'inscriptions, de secrétariat, de frais d'envoi de divers courriers, l'assurance des participants. En cas d'annulation du séjour par l'organisateur, celui-ci s'engage à rembourser l'intégralité des sommes déjà versées sans qu'il puisse être demandé une indemnité compensatrice quelconque.

### Soins médicaux

La direction des séjours assure le suivi médical des participants. En cas de soins médicaux (médecins, pharmacie) ou hospitaliers, le Centre avance l'argent nécessaire aux soins. Le remboursement sera demandé auprès des responsables légaux pendant ou après le séjour qui s'engage à rembourser ces avances.

Je soussigné(e) Mlle, Mme, M. \_\_\_\_\_ certifie avoir pris connaissance et approuvé les conditions générales et particulières d'inscription du Centre Nature et Sport.

Date :

Signature :

**Centre Nature et Sport** – rue de la plage 57930 Mittersheim  
Email : [mittersheim.cns@orange.fr](mailto:mittersheim.cns@orange.fr) Tél. :

# 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
Diphthérie				Hépatite B*	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole*	
Poliomyélite				Coqueluche*	
<b>Ou</b> DT polio				Méningite C*	
<b>Ou</b> Tétracoq				Méningite B*	
BCG				Autres (préciser)	

\*Vaccins obligatoires pour les enfants nés après le 1er janvier 2018.

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 :

## Autorisation de droit à l'image pour un-e mineur-e

CENTRE NATURE ET SPORTS  
Rue de la Plage, 57930 Mittersheim

**Objet : Autorisation de filmer, photographier et publier des images d'un/e mineur/e**

Je, soussignée, (nom du parent/tuteur légal)

**Nom :**.....**Prénom:**.....

Adresse : .....

Code postal :.....Ville :.....

Pays :.....

tél :.....

email :.....@.....

Autorise, à titre gratuit le CENTRE NATURE ET SPORTS

- à filmer / photographier .....

Lors de ses séjours de vacances ou de centre aéré :

- à effectuer un montage, reproduire et diffuser ces images lors de projections à but non lucratif.

- à publier ces images sur le site web

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à  
*mittersheim.cns@orange.fr*

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentantes et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible et ne s'applique qu'aux supports explicitement mentionnés.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétente à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à

Le

Signature :