

FICHE D'INSCRIPTION N°

Réservé à l'agence

Visa de l'agence

Coordonnées de votre enfant

Nom du jeune :
Prénom :
Sexe :
Date de naissance :
Lieu de naissance :

Choix du séjour

Eté Automne Hivers Printemps

Séjours à la mer	Séjours à la montagne
<input type="checkbox"/> CVL Grande plage El Kala <input type="checkbox"/> CVL Nil Sidi Abdelaziz Jijel <input type="checkbox"/> CVL Les Emeraudes Tassoust Jijel <input type="checkbox"/> CVL Rania Ouked Bounar Jijel <input type="checkbox"/> CVL Maraval Ain Turk Oran	<input type="checkbox"/> CVL Gherib Bahia Bouira <input type="checkbox"/> CVL Chalet de Kef Tikjda
Séjours culturels	Séjours Sahara
<input type="checkbox"/> Sites antiques à l'Est de l'Algérie <input type="checkbox"/> Bejaia (CVL Boulimat)	<input type="checkbox"/> Beni M'zab Ghardaia <input type="checkbox"/> Timimoun / Taghit

Transport (Voir conditions d'inscription, paragraphe 12)

Prise en charge aller-retour par l'organisateur de séjour.
 J'emmène directement l'enfant sur le lieu de séjour.
 Je joins la copie de la carte d'identité ou passeport de l'enfant, indispensable pour tout transport aérien.

Santé Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, handicap, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) ou tout autre problème important en précisant les dates et les précautions à prendre :
.....
.....
.....

PHOTO

Autorisation des parents

Etat civil

Nom et prénom du Responsable :
Adresse courante :
Code postale : Ville : Wilaya :
Téléphone domicile :
Portable du père : Portable mère :
Courriel :@.....
Profession du père : Tél travail :
Profession de la mère : Tél travail :
Indiquez 2 personnes en précisant le lien (famille, amis, voisins) à contacter si nous ne pouvons vous joindre :

Nom : Tél : Lien :

Nom : Tél : Lien :

Je soussigné, après avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et de fonctionnement des séjours, déclare y souscrire et autoriser mon enfant à participer à toutes les activités prévues, 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 santé de l'enfant. D'autre part, je m'engage à fournir le jour du départ, la fiche sanitaire accompagnée des certificats médicaux ou d'aptitude spécifiques demandés pour le séjour et s'il y a lieu, à rembourser à l'agence le montant des frais médicaux.

A..... Le.....

Ecrire « Lu et approuvé » et signer

Le Tuteur

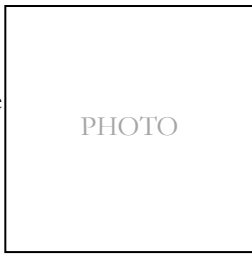
Le Responsable établissement

Dossier à retourner

ASSAMAR TOURISME ET VOYAGES Cité 20 août Centre commercial Abderrahim 1^{er} étage N° 11 HARKAT - Bouira
Tél : 026937249 Fax : 026937259 assamar.tours01@gmail.com

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant : elle évite de vous demurer de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.



1- ENFANT

NOM : PRENOM :

DATE DE NAISSANCE: GARÇON: FILLE :

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Hépatite B	
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Rubéole Oreillons	
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Coqueluche	
Ou DT polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		BCG	
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		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 ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME Articulaire aigu	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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? NOM OCCASIONNELLEMENT OUI
S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE? NON OUI

5- RESPONSIBLE DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE PENDANT LE SÉJOUR :

N° Tél.: Domicile: Travail :

Portable : E-mail :@.....

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 :