



L'ORGANISATEUR DES VACANCES POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS

ACTION EXPRESSION

Madame, Monsieur,

Notre équipe est heureuse d'accueillir prochainement votre enfant dans nos centres. Cette première page vous guide afin de compléter votre dossier d'inscription.

Veillez remplir les pages suivantes avec précision. Ce sont les seules informations que nous aurons de votre enfant.

De plus :

- Ⓢ Un certificat médical est obligatoire pour nos séjours, il certifie que votre enfant est apte à faire les sports proposés et à vivre en collectivité.
- Ⓢ Pour les activités spécifiques (ski, équitation,...), nous vous demandons le niveau de l'enfant, sa pointure, son poids, etc.

Un chèque d'acompte de 152 € (par enfant) est demandé. Le montant total du séjour doit être réglé un mois avant le début du séjour.

Puis renvoyer toutes ces informations à l'adresse postale de notre association. Vous recevrez ultérieurement la convocation et les informations complémentaires.

Pour plus d'informations, contactez-nous !

L'équipe d' « Action Expression »

Action Expression

Association Loi 1901

48 rue Vitruve 75020 Paris

Tél./Fax : 01.43.72.52.23

3 rue St Ferréol 13001 Marseille

Tél./Fax : 04.91.54.70.42

Email : contact@ActionExpression.com

Site Web : www.ActionExpression.com



ACTION EXPRESSION

Fiche d'inscription et d'adhésion

Centre du séjour :
Dates de séjours :

L'enfant

Nom et prénom de l'enfant :
Date de naissance : Sexe : F M
Taille : Pointure : Poids :
Voyage t-il avec un copain ? Nom :
Est-t-il déjà parti en vacances avec Action Expression ? Oui non

PHOTO

Les personnes responsables

Nom, prénom du responsable légal :
Adresse :
Code postal : Ville : Tel :
Profession (père) : Profession (mère) :
Tél. bureau : Tél. bureau :
Email :
Adresse des parents ou du responsable légal durant le séjour :
N° Sécurité sociale du responsable :
Mutuelle :
Assurance :
Comité d'établissement, service social :

Transports

L'enfant voyagera t-il avec le convoi :
Aller : OUI NON Retour : OUI NON
Ville de départ :

Recommandations particulières des parents

Je soussigné(e)....., représentant légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.
- Autorise mon enfant à participer au séjour organisé par « Action Expression » et à ses activités.
- Autorise également le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
- Je m'engage, s'il y a lieu, à rembourser à l'association le montant des frais médicaux.

Lu et approuvé, à le

Signature :

FICHE DE LIAISON SANITAIRE

Maladies antérieures de l'enfant

Typhoïde <input type="checkbox"/>	Rubéole <input type="checkbox"/>	Varicelle <input type="checkbox"/>	Asthme <input type="checkbox"/>
Rougeole <input type="checkbox"/>	Coqueluche <input type="checkbox"/>	Oreillons <input type="checkbox"/>	Convulsions <input type="checkbox"/>
Rhumatisme <input type="checkbox"/>	Scarlatine <input type="checkbox"/>	Otite <input type="checkbox"/>	Angine <input type="checkbox"/>

Allergies & Interventions chirurgicales

Date et nature :

Allergies :

- Asthme : -----OUI NON
- Alimentaires : -----OUI NON
- Médicamenteuses : -----OUI NON
- Maquillages (déguisement) -----OUI NON

Précisez :

Vaccinations

Diphtérie tétanos (D.T.).....1^{er} Rappel 2^{ème} rappel
Diphtérie tétanos typhoïde (D. T. T. A. B.)..... Rappel
Vaccination antipoliomyélitique, sauf contre-indication médicale reconnue..... Rappel
Vaccination par le vaccin antituberculeux BCG, sauf contre-indication médicale reconnue. Rappel
Vaccination antitétanique.....
Vaccination antidiphtérique

Autres sérums :

Santé de l'enfant

Si c'est une fille, est-elle réglée ? OUI NON
L'enfant suit-il un traitement ? OUI NON

Si OUI lequel ?

Nom du médecin traitant :

Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Prothèse dentaire OUI NON

Quand doit-il la porter ?

Lunettes : OUI NON

Quand doit-il les porter ?

L'enfant suit-il un régime alimentaire ?

Précisez :

CERTIFICAT MEDICAL

Cabinet du Docteur :
(Cachet obligatoire)

Je soussigné, Docteur
certifie avoir examiné l'enfant : (Nom, prénom).....Le :

Cet enfant ne présente aucune contre indication aux activités sportives prévues durant le séjour :

A Le

Signature du Docteur