

DOSSIER D'INSCRIPTION



Le Village du Camp Vert
3 chem. de la ville Rouault
22370 Pléneuf-Val-André



Accueil : Samedi 30 Juillet 2022
Départ : Vendredi 05 Août 2022

Organisateur : Association ADN / Emmanuel SAOUL
✉ saoulmanu@hotmail.fr ☎ 06 65 44 07 65

Directeur : Erwan PELLETIER
✉ erwan.pltr@gmail.com ☎ 06 37 57 06 32

Participant(s)

1 - **Nom** : _____ **Prénom** : _____ Gars Fille

Né le : _____ à : _____ Âge : _____

Tel. : _____ Email : _____

2 - **Nom** : _____ **Prénom** : _____ Gars Fille

Né le : _____ à : _____ Âge : _____

Tel. : _____ Email : _____

3 - **Nom** : _____ **Prénom** : _____ Gars Fille

Né le : _____ à : _____ Âge : _____

Tel. : _____ Email : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Responsable légal PÈRE MÈRE TUTEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse email : _____ Tél (port.) : _____

N° allocataire CAF ou MSA : _____ Caisse : _____

N° Sécurité Sociale : _____ Caisse : _____

Nom et adresse de la mutuelle : _____

Eglise fréquentée : _____ Pasteur : _____

Engagement

Je m'engage à :

- Respecter les règles de vie du séjour, à faire preuve d'un bon état d'esprit
- Faire preuve d'un comportement et d'un langage sains et respectueux
- Avoir une tenue décente
- Participer aux temps d'activité et aux temps spirituels prévus lors de ce séjour

Signature(s) du/des participant(s) :

Autorisations

Je, soussigné(e) _____, responsable légal de :

- _____ ;
- _____ ;
- _____ ;

- Autorise les responsables du Séjour à faire soigner mon (mes) enfant(s) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité.
- Accepte que des photos de mon (mes) enfant(s) prises durant les activités du séjour soient utilisées sur divers supports de communication : OUI NON

À _____, le _____

Lu et approuvé

Signature

REGLEMENT FINANCIER

Séjour ado		340 €	<input type="radio"/>
2 ^{ème} ado inscrit (-10%)		306 €	<input type="radio"/>
3 ^{ème} ado inscrit (-20%)		272 €	<input type="radio"/>
Total			-----

Chèques à l'ordre de ADN à remettre au responsable jeunesse de votre église ou à envoyer au siège Bretagne (voir ci-dessous). Si vous réglez par virement bancaire, demandez le RIB ADN par mail : contact.bzhimpact@gmail.com et envoyez votre inscription (mail ou voie postale) accompagnée de la fiche sanitaire de liaison.

NB : A réception de votre inscription nous vous ferons parvenir les informations utiles à la préparation du séjour de votre (vos) ado(s). Nous prions déjà pour que ce camp soit un temps béni pour tous.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON
 DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (Informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MEDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lunettes, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE : TEL TRAVAIL :

TEL PORTABLE : TEL TRAVAIL :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : Signature :