

Dossier d'inscription

Votre choix est fait et vous avez pris connaissance de nos conditions d'inscription.

L'UFCV souhaite à vos enfants des vacances « garanties tout sourire »

Pour une inscription réussie

N'oubliez pas de joindre :
Un chèque, un virement ou ANCV d'acompte libellé à l'ordre de l'UFCV d'un montant de 50 % du prix du séjour. Auquel vous ajoutez le montant de la garantie annulation/interruption en cas de souscription.

Attention les bons Caf ne sont pas acceptés pour régler le séjour.

Merci de nous faire parvenir votre dossier complet :

- Fiche d'inscription
- Fiche sanitaire de liaison
- Droit à l'image
- Copie des vaccins du carnet de santé
- Justificatifs de prise en charge
- Règlement d'acompte à l'adresse suivante:

**Séjours LES AUDACIEUX
(6-12 ans) / UFCV
Animation Territoriale
1 Villa des Pyrénées
75020 PARIS
Ou at-idf@ufcv.fr**

Vous recevrez en retour une confirmation d'inscription par courrier électronique à l'adresse indiquée sur la fiche d'inscription.

Un compte client sur notre site sera automatiquement créé. Il vous permettra de retrouver toutes les informations concernant votre inscription. Vous pourrez également procéder au paiement du solde de votre séjour en ligne par paiement Carte bleue sécurisé. À réception de l'acompte, l'organisateur vous communiquera les informations complémentaires relatives au séjour. La convocation vous sera transmise 15 jours avant le départ.

L'ENFANT (Écrire en majuscules)

Nom : Prénom :

Sexe : F M Date de naissance : Nationalité :

Adresse d'envoi de la convocation :

Code Postal : Ville : Pays :

Email :

INFORMATION INSCRIVANT PARENT(S) TUTEUR(S) AUTRE, précisez :

Nom : Prénom :

Pour recevoir votre confirmation d'inscription indiquez ci-dessous votre adresse email

Email : Email 2 :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. portable :

Tél. professionnel : Profession :

J'accepte de recevoir des informations personnalisées de la part de l'UFCV.

Je soussigné(e) certifie avoir pris connaissance des conditions particulières d'inscription, des conditions générales de vente, ainsi que du descriptif complet du séjour, présents sur le site vacances-enfants.ufcv.fr qui constituent l'information préalable au sens de l'article R.211-4 du Code du Tourisme. Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours m'incombant et de rembourser les avances de frais médicaux réalisés durant le séjour ainsi que les éventuels frais de rapatriement disciplinaire.

Lu et approuvé

Date

Signature

SÉJOUR ET PRIX

Code et titre du séjour :

Organisateur :

Dates : du au

Villes de départ : et de retour :

Activités choisies :

Options :

Réductions :

(1) Prix du séjour :

(2) Acompte 50% du prix du séjour :

(3) Garantie annulation / interruption (facultative) :

(4) Total prix du séjour (1) + (3) :

(5) Montant du 1^{er} règlement (2) + (3) :

à l'ordre de l'UFCV à joindre à la fiche d'inscription.

Prix en euros

.....€

.....€

.....€

.....€

.....€

Après l'inscription, vous pouvez consulter votre dossier et solder votre inscription sur :

vacances-enfants.ufcv.fr

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU L'UFCV ?

- Ancien client
- Relation
- Comité d'entreprise
- Mairie
- Presse
- Internet
- Salon
- Autres, préciser

Aides : joindre les justificatifs originaux de prises en charge à la fiche d'inscription

N° Allocataire CAF : Caisse :

Nom de l'organisme :

Montant :

..... €

..... €

..... €

(6) Total des aides €

À COMPLÉTER MINUTIEUSEMENT

1

L'ENFANT (Écrire en majuscules)

Photo
de
l'enfant

Nom : Prénom :
 Date de naissance : Garçon Fille
 Titre du séjour :
 Dates : Organisateur :
 Si matériel d'activité : Pointure : Taillecm

→ Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant nous vous remercions de la compléter avec soin.

2

VACCINATION

Merci de nous transmettre la **copie du carnet de vaccination** de votre enfant **laissant apparaître ses nom et prénom**.

Il est impératif de nous transmettre **toutes les pages concernées par des vaccinations obligatoires**.

Vous pouvez également nous faire parvenir un certificat médical de vaccination.

→ 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 bénéficie-t-il de la **protection universelle maladie (PUMA)** pendant le séjour ? oui non
Si oui, fournir une attestation.

Êtes-vous bénéficiaire de la **CSS (anciennement CMU)** ? oui non
Si oui, fournir une attestation.

L'enfant doit-il suivre un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui fournir une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants au moment du départ (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 ?

Rubéole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Varicelle oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Angine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Scarlatine oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Coqueluche oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Otite oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

ALLERGIES :

Alimentaires oui non Asthme oui non Médicamenteuses oui non

Précisez

.....

.....

Nom et tél. du médecin traitant :

.....

4 RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE

Difficultés de santé, port de lentilles, d'appareils auditifs, de prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie...

.....
.....
.....

5 VOTRE ENFANT EST-IL EN SITUATION DE HANDICAP ?

A-t-il une reconnaissance MDPH ? Notre service Inclusion est à votre disposition pour préparer l'accueil de votre enfant.

.....
.....
.....

6 RÉGIME ALIMENTAIRE

Sans porc Sans viande Végétarien

.....
.....

7 RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Nom et Prénom :

Adresse (pendant le séjour) :

.....
.....
.....

Tél. fixe (et portable) : Domicile : Bureau :

OBLIGATOIRE : PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom :

Lien avec l'enfant :

Tél. fixe : Portable :

Mail :

Je soussigné(e) **responsable légal** de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise mon enfant à participer au séjour et à l'ensemble des activités. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, après consultation médicale, toute mesure (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) rendue nécessaire par l'état de l'enfant et à reprendre mineur à sa sortie de l'hôpital. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.



Date

Signature (obligatoire)

Observations par le directeur du séjour à l'attention des familles :

.....
.....
.....