

SÉJOUR ÉTÉ 2020 CCRV JUILLET 2020

Lieu du séjour : SAMER - CÔTE D'OPALE (62)

DOSSIER D'INSCRIPTION

A retourner **avant le 10 Mai 2020** à l'adresse suivante : CCRV – SEJOURS ETE – 2-4, Rue Saint-Christophe
02290 VIC SUR AISNE accompagné du règlement (chèque à l'ordre de **régie sorties enfance jeunesse**)

Contact : Patricia AERTS – 03.23.55.98.97 - p.aerts@retzenvalois.fr

du 13 au 18 juillet 2020 (8-11 ans)

du 20 au 25 juillet 2020 (12-15 ans)

RENSEIGNEMENTS SUR LE JEUNE

Le jeune vient-il pour la 1^{ère} fois ? ⁽¹⁾ Oui Non

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____ Sexe ⁽¹⁾: M F

Adresse _____ Code postal _____ Ville _____

N° de sécurité sociale _____ CMU : joindre la copie de l'attestation sécurité sociale Oui Non

Le jeune sait-il nager ? ⁽¹⁾ Oui Non

Autorisez-vous le jeune à se baigner ? ⁽¹⁾ Oui Non

RESPONSABLE LEGAL DU JEUNE

Nom et prénom : _____ Tél : _____ Mail : _____

Adresse (si différente du jeune) _____

Nom et prénom : _____ Tél : _____ Mail : _____

Adresse (si différente du jeune) _____

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE (si différente) :

Nom et prénom : _____ Tél 1 _____ Tél 2 _____

⁽¹⁾ Cocher la case

RECOMMANDATIONS

Précisez les éventuels problèmes de santé du jeune, les précautions à prendre (maladie, hospitalisation, opération ...)

Précisez si votre enfant à des problèmes visuels, auditifs, dentaires ou autres auxquels il faut être attentif pendant le séjour.

D'ordre général (régime alimentaire, problèmes comportementaux)

Si l'enfant suit un traitement médical, l'ordonnance et les médicaments doivent être donnés avec le nom de l'enfant dans leur emballage d'origine et avec les notices jointes. Vous devez les remettre le jour du départ aux animateurs du séjour. En cas de maladie durant le séjour, l'enfant sera vu par un médecin. Les parents seront prévenus par le directeur du séjour. Océane Voyages Juniors avance les frais médicaux, les parents doivent cependant rembourser l'organisme dès le retour du séjour.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Régime d'Allocations Familiales ⁽¹⁾ :

CAF MSA Autre (précisez) _____

Adresse de la caisse d'allocations : _____

Nom de votre assureur en responsabilité civile : _____ N° de police : _____
(à défaut, vous pouvez joindre une copie de votre contrat d'assurance)

Nom de votre mutuelle : _____ Adresse : _____
(à défaut, vous pouvez joindre une copie de votre attestation)

LIEU DE RAMASSAGE

Lieu de ramassage et de retour choisis⁽¹⁾ :

(les horaires vous seront précisés dans un prochain courrier)

Aller

Retour

<input type="checkbox"/>	Villers-Cotterêts	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Vic sur Aisne	<input type="checkbox"/>

Lors du retour, mon enfant repartira de l'arrêt des cars⁽¹⁾ :

accompagné par (**adulte**) : _____ (tél : _____)

ou par (**adulte**) : _____ (tél : _____)

seul

Fait à _____, le ____ / ____ / _____

Signature