

1 L'ENFANT

NOM :
 PRÉNOM :
 NÉ(E) LE : [] / [] / [] SEXE : G F
 POINTURE DE CHAUSSURES (pour séjour ski uniquement) :
 EST-CE SON PREMIER DÉPART EN COLO ? oui non



Si l'enfant vit à une autre adresse que celle du responsable légal :

CHEZ M. OU MME :
 ADRESSE :
 CODE POSTAL : [] [] [] [] VILLE :
 ☎ FIXE : / / PORT : / /
 ADRESSE E-MAIL :

L'ENFANT VIENDRA-T-IL AVEC UN(E) AMI(E) ? oui non

Si oui, indiquer son nom et prénom :
Un partage de chambre est possible pour des enfants de même sexe, avec un écart d'âge inférieur à 2 ans.

L'enfant est-il bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ? oui non
Si oui, joindre obligatoirement l'attestation de droits à l'Assurance Maladie.

2 LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

TITRE : Monsieur Madame Mademoiselle
 NOM : PRENOM :
 ADRESSE :
 CODE POSTAL : [] [] [] [] VILLE :
 ☎ DOMICILE : / / PORT : / /
 ADRESSE E-MAIL :
 Autre numéro joignable pendant le séjour (facultatif) : ☎ / /

3 LE SÉJOUR CHOISI

NOM DU SÉJOUR :
 DATES : du / / au / /
 VILLE DE DÉPART* : sur place
 VILLE DE RETOUR* : sur place
 *Liste des villes desservies sur la brochure. Cocher "sur place" si vous amenez votre enfant.

4 LE RÈGLEMENT DU SÉJOUR

PRIX DU SÉJOUR : €
 + SUPPLEMENT TRANSPORT : €
 = COÛT TOTAL DU SÉJOUR : €
 Je choisis l'assurance annulation (3,5% du coût total du séjour), j'ajoute au coût total la somme de : € (centimes compris)
 Je verse un 1er acompte de (1) : €
 (1) + 30 j. avant le départ : 150 euros mini / - 30 j. avant le départ : coût total du séjour
 Je bénéficie d'aides de la CAF, je joins le justificatif correspondant

5 ADHÉSION À L'ASSOCIATION

Je choisis d'adhérer à Wakanga pour participer à la vie associative et soutenir les différentes actions (bourse d'aide au départ, formation des bénévoles, etc) et verse la somme de : € (montant libre)

6 ENGAGEMENTS ET AUTORISATIONS

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, certifie avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription au verso de ce document et les approuve sans réserve. J'autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. J'autorise la diffusion de l'image de mon enfant sur les supports de communication de Wakanga et notamment les blogs de séjours.

Fait à
 Le / /
 Signature :

DOSSIER D'INSCRIPTION

- Complétez et signez les pages 1 et 3.
- Retournez le dossier d'inscription et le chèque d'acompte à :

Wakanga - 1 rue des Charmilles - 35750 IFFENDIC

1 L'ENFANT

NOM :
 PRENOM : NE(E) LE : | | | | |
 TAILLE : mètre centimètres POIDS : kilos

2 SES VACCINATIONS

Référez-vous au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant.

Vaccins obligatoires	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole	
Poliomyélite				Oreillons	
ou DT Polio				Rougeole	
ou Tétracoq				Coqueluche	
BCG					

*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 SES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Indiquez les maladies qu'a déjà eu l'enfant :

- Rubéole Rhumatisme articulaire aigu Otite
 Varicelle Scarlatine Rougeole
 Angine Coqueluche Oreillons

Indiquez et datez les hospitalisations et/ou opérations subies par votre enfant, ainsi que les difficultés de santé rencontrées précédemment et les précautions à prendre.

.....

4 SON ÉTAT DE SANTÉ

Indiquez les allergies connues de l'enfant :

- Asthme Alimentaire
 Médicamenteuse Autre (précisez)

En cas d'allergie, précisez sa cause et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

.....

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

Si oui, joindre le jour du départ l'ordonnance et les médicaments correspondants, dans leur boîte, au nom de l'enfant.

Recommandations utiles des parents : indiquez ci-après si votre enfant porte des lunettes, des lentilles, des prothèses auditives ou dentaires, s'il suit un régime alimentaire particulier (d'ordre médical ou confessionnel), etc.

.....

5 LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM : PRENOM :

ADRESSE (pendant le séjour) :

CODE POSTAL : | | | | | VILLE :

DOMICILE : / / PORT : / /

NOM DU MEDECIN TRAITANT (facultatif) :

MEDECIN TRAITANT : / /

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Signature :

Date : / /

