

## PARTICIPANT

### Enfant

Garçon  Fille    Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ De nationalité : \_\_\_\_\_  
Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_ Pointure : \_\_\_\_\_  
S'agit-il de son premier séjour :  Oui  Non

### Contact

Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Téléphone Dom. : \_\_\_\_\_  
Téléphone Mère : \_\_\_\_\_ Téléphone Père : \_\_\_\_\_  
Téléphone Enfant : \_\_\_\_\_  
Adresse e-mail pour les communications : \_\_\_\_\_  
Profession Mère : \_\_\_\_\_ Profession Père : \_\_\_\_\_

### Papiers d'identité

Carte d'identité  Passeport    Numéro : \_\_\_\_\_ Validité : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

### A compléter avec soin et joindre obligatoirement un courrier explicatif

Allergies :  Oui  Non    Lesquelles : \_\_\_\_\_

**Pour les allergies alimentaires, joindre le protocole médical et / ou liste des aliments non autorisés**

Handicap Physique :  Oui  Non    Lequel : \_\_\_\_\_

Traitement Médical :  Oui  Non    Lequel : \_\_\_\_\_

Régime (médical ou religieux) :  Oui  Non    Lequel : \_\_\_\_\_

Autres :  Asthme  Maladie Chronique  Autres

Précision : \_\_\_\_\_

**Copie du carnet de vaccination (vaccinations obligatoires) - ou certificat de vaccination établi par le médecin**

## SEJOUR

Date du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Lieu du séjour : \_\_\_\_\_

Hébergement (selon le centre) :  Collège, résidence ou centre de vacances  Famille

Votre enfant souhaite-t-il partager sa chambre avec un(e) ami(e) ? Si oui avec qui ? .....

Compte tenu du protocole sanitaire, nous ne pouvons pas garantir que les enfants soient dans la même chambre et/ou dans le même groupe d'activité. Nous ferons notre maximum pour honorer les demandes des familles

## SEJOUR

Nom du séjour : \_\_\_\_\_

Sport / Thème : \_\_\_\_\_

Niveau : \_\_\_\_\_  Débutant  Moyen  Compétition

## VOYAGE

Voyage au départ de : \_\_\_\_\_

Transfert à Paris entre aéroport et/ou gare :  Transfert Aller  Transfert Retour

L'enfant sera déposé et récupéré sur le lieu de séjour par ses parents.

J'accepte sans réserve les conditions générales d'Action Séjours disponibles sur [www.action-sejours.com](http://www.action-sejours.com) ou sur simple demande.

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

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal

**Bulletin d'inscription & sanitaire à nous retourner complété et signé par email ou par courrier avec la copie du carnet de santé à la page vaccination**

Adresse électronique d'Action Séjours : [info@action-sejours.com](mailto:info@action-sejours.com)

Adresse postale d'Action Séjours : **ACTION SEJOURS, 13 Rue Rosenwald, 75015 Paris**