



Dossier d'inscription Amis Go

MERCI DE REMPLIR CE DOSSIER EN MAJUSCULE

NOM SÉJOUR :

Lieu du séjour :

Dates du séjour : du/...../..... au/...../.....

Ville de départ :

Remplir et renvoyer ce dossier d'inscription dans les 8 jours suivants la réservation avec un acompte de 30% à :

«Amis Go»
11 / 612 rue de Flandres
59790 Ronchin
Tél : 03 66 97 64 97
www.amisgo.org
contact@amisgo.org

L'enfant :

NOM : **Prénom :**

MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULE.

Né(e) le : **Ville de naissance :**

Nationalité : Fille Garçon

Adresse (Où réside l'enfant) :

CP : **VILLE :** **TEL :**

Responsable légal de l'enfant :

PÈRE MÈRE TUTEUR

NOM : **Prénom :**

MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULE

Pour recevoir une confirmation d'inscription, indiquez **DISTINCTEMENT**, en respectant les majuscules et les minucules.
.....@.....

ADRESSE (postale) :

CP : **VILLE :**

Tél 1 : **Tél 2 :** **FAX :**

N° de Sécurité sociale : **Caisse :**

Êtes vous bénéficiaire de la CMU : OUI NON Si oui, joindre une copie de votre attestation CMU

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant :

- Autorise OUI NON AmisGo à prendre des photos de mon enfant en activité, pendant la durée de l'accueil. Ces photos pourront uniquement être utilisées pour illustrer les activités des catalogues et des sites internet qui parlent des colonies de vacances d'AmisGo.
- Certifie avoir pris connaissance des conditions particulières d'inscription et des conditions générales de vente qui constituent l'information préalable au sens de l'article 97 du décret 84-490 du 15 juin 1994 et approuve en tout point le règlement intérieur des séjours Amis Go. Ces documents sont tous disponibles sur le site internet des colonies de vacances "AmisGo" : www.amisgo.org
- J'ai noté qu'en cas d'urgence médicale, chirurgicale ou acte grave, conformément aux articles 459 et ses alinéas ainsi que le code de déontologie (art.42) ; seul le médecin peut prendre une décision d'urgence. Amis Go s'engage à avertir le tuteur de l'état de santé mais ne prend aucune décision d'urgence.
- Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours m'incombant ainsi que tous les frais médicaux éventuels.

LU ET APPROUVÉ

DATE

SIGNATURE

Vos aides

JE BÉNÉFICIE D'AIDE AUX VACANCES : OUI NON

VEUILLEZ JOINDRE UN JUSTIFICATIF DE VOTRE PRISE EN CHARGE.

Régler le séjour

LE DECOMPTE	Mettre les sommes en €
Prix du séjour€
Covoyage (transport supplémentaire pour se rendre au lieu de départ ?)	+€
Réductions éventuelles (CAF)	-€
Participation CE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Lequel
TOTAL du SEJOUR€
ACCOMPTE DE 30% à régler à l'inscription€
Restera à régler 21 jours avant le départ€

Tous les prix sont affichés sur le catalogue Amis Go et sur le site internet www.amisgo.org.

L'ACCOMPTE EST À RÉGLER PAR **CHÈQUE, CHÈQUES VACANCES**

À L'ORDRE D'AMISGO OU PAR **VIREMENT** :

Code banque : 16706	Code guichet : 00010
Compte : 1664 3772 205	Clé RIB : 85

Pour les inscriptions tardives, à moins de 21 jours du départ, la totalité du séjour est dûe.

A réception de votre dossier, dans un délai de 10 jours, nous vous transmettons par email une confirmation d'inscription.

J'envoie avec ce dossier un acompte de€ par

CHÈQUE VIREMENT BANCAIRE

Fiche de liaison avec le directeur du centre

MERCI DE REMPLIR CE DOSSIER EN MAJUSCULE

MERCI DE JOINDRE
UNE PHOTO DE
L'ENFANT

L'enfant : NOM :Prénom :

Né(e) le :Pointure : Taille :m..... Poids :Kg

Fille Garçon Nom du séjour :

Ville départ : Ville retour :

(NOTEZ "SUR PLACE" SI C'EST VOUS QUI AMENEZ OU RÉCUPÉREZ L'ENFANT SUR LE LIEU DU SÉJOUR).

Avez vous choisi une option «stage» (réalisation vidéo, Photo, Hip Hop) :

OUI NON Si oui, laquelle :

Point sur les documents complémentaires à fournir

Sur tous les séjours Amis Go, il est **obligatoire** de fournir **au plus vite, au moins 21 jours avant le départ** :

- Un **Certificat médical** de moins de 3 mois, de non contre-indication aux sports et de non contagion.

- Une **copie d'attestation de réussite au test préalable à la pratique des activités nautiques**.

L'attestation de natation est exclusivement délivrée par un maître nageur (se renseigner en piscine municipale).

Je soussigné (e).....responsable légal de l'enfant :

- Certifie avoir pris connaissance des documents complémentaires à fournir. L'attestation est obligatoire et sans cette attestation, mon enfant ne pourra pas bénéficier de toutes les activités nautiques prévus sur le séjour sans que la responsabilité d' Amis Go ne puisse être engagée.

LU ET APPROUVÉ

DATE

SIGNATURE

Vaccination (voir carnet de santé)

Vaccins obligatoires	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELLES	Vaccins recommandés	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
Autres (préciser).					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de non contre-indication. Le vacci anti-tétanique ne présente aucune contre indication.

Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? OUI NON

Si OUI, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants au directeur dès l'arrivée de l'enfant sur le centre de vacances. (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 les allergies suivantes ? OUI NON

Asthme OUI NON Médicamenteuses OUI NON
Alimentaire OUI NON Autres, précisez :

L'enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

MALADIES	OUI	NON
Rubéoles		
Rhumatismes		
Otite		
Varicelle		
Scarlatine		
Angine		
Coqueluche		
Oreillons		

PRECISER LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR (Si automédication le signaler) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

.....

Recommandations utiles des parents

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires ? autres (énurésie ?) précisez.

.....

.....

.....

.....

En cas d'urgence, et d'impossibilité de vous contactez, prévenir Mr ou Mme :

NOM : PRENOM : Lien avec l'enfant.....
Tél 1 : Tél 2 :

Responsable de l'enfant

NOM : PRENOM :
MERCI D'ECRIRE EN MAJUSCULE

ADRESSE :

CP : VILLE :

Tél 1 : Tél 2 :

N° de Sécu : CMU : OUI NON

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant :

- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

LU ET APPROUVE

DATE

SIGNATURE