



# Minicamps Ufcv 2018

# RESERVER



Documents de réservation

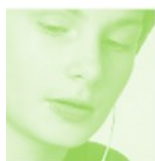
[portail-animation.ufcv.fr](http://portail-animation.ufcv.fr)



**Ufcv—Délégation régionale  
de FRANCHE-COMTE**

6 B Boulevard Diderot

25000 BESANCON





# Fiche de réservation MINICAMPS ÉTÉ 2018

MCH

Réservé Ufcv

**UN DOSSIER ADMINISTRATIF DOIT AVOIR ÉTÉ REMPLI AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE 2017/2018**

**UNE FICHE SANITAIRE DOIT EGALEMENT ETRE FOURNIE**

## 1. L'ENFANT

Nom: ..... Prénom: ..... Date de Naissance: ...../...../.....  Garçon  Fille

Ville de l'accueil de loisirs d'inscription: .....

## 2. DATES DE RESERVATION

J'inscris mon enfant pour le ou les minicamps suivants (cochez les cases correspondantes):

### **Mini séjour Les mystères de Dole— 9/11 ans**

Lieu: **Dôle** —Transport: **TER**—Lieu de départ et de retour: **gare SNCF de Roche Lez Beaupré**

Date: **du 16 au 19 juillet 2018**—Hébergement: **Camping sous tente (sac de couchage et tapis de sol à fournir)**

Cout de 4 journées d'accueil de loisirs + cout fixe de 70 €

Joindre un chèque de € à l'ordre de l'Ufcv au moment de la réservation

### **Mini séjour Le voyage des aventuriers— 6/8 ans**

Lieu: **Dôle** —Transport: **TER**—Lieu de départ et de retour: **gare SNCF de Roche Lez Beaupré**

Date: **du 23 au 25 juillet 2018**—Hébergement: **Camping sous tente (sac de couchage et tapis de sol à fournir)**

Cout de 3 journées d'accueil de loisirs + cout fixe de 50€

Joindre un chèque de € à l'ordre de l'Ufcv au moment de la réservation

Les places sont limitées; la date de dépôt du dossier et le critère de l'âge des enfants sont utilisés par les services de l'Ufcv pour prioriser les inscriptions. Tout dossier incomplet perd sa priorité et est traité en fonction des places restantes disponibles. En cas d'annulation de la part de la famille et quelque soit le motif, la part fixe n'est pas remboursée. Date de traitement des dossiers: [29/06/18](#).

En signant ce document,

-en cochant cette case , j'autorise l'Ufcv à utiliser l'image de mon enfant dans ses supports de communication (site internet Ufcv, site de la mairie, brochures, vidéos, blog famille, activités du centre).

-En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité.

Fait à : Nom du responsable légal de l'enfant:

Le : Signature :

#### Joindre:

- dossier administratif 2017/2018 sauf si l'Ufcv est déjà en sa possession.
- fiche sanitaire
- chèque bancaire avec montant des couts fixes



# Fiche sanitaire de liaison

## MINICAMP 2018

Réservé Ufcv

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de sante. Elle est à actualiser en fonction de l'état sanitaire de votre enfant.

### 1. L'ENFANT

Nom: ..... Prénom:..... Date de Naissance: ...../...../.....  Garçon  Fille

### 2. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Parents  Père  Mère  Autre: ..... - Nom: ..... Prénom: .....

Adresse : ..... CP: ..... Ville: .....

Parent 1: ..... Tél port. .... Tél maison ..... Tél prof .....

### 3. VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATES DU DERNIER RAPPEL	VACCINS RECOMMANDES	DATES DU DERNIER RAPPEL
Diphterie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole—Oreillons—Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT pol io				Autre (préciser)	
Ou Tetracoq					
Autres (préciser)					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication. **ATTENTION : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.**

### 4. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX 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 (boites 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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES:

Rubéole OUI  NON  Otite OUI  NON

Rhumatisme OUI  NON  Varicelle OUI  NON

articulaire aigu OUI  NON  Scarlatine OUI  NON

#### L'ENFANT A-T-IL LES ALLERGIES:

Asthme OUI  NON

Médicamenteuses OUI  NON

Alimentaires OUI  NON

#### PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À 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: .....

### 5. RECOMMANDATIONS UTILES DES RESPONSABLES LEGAUX

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... précisez.

En tant que responsable légal, j'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant (traitement, hospitalisation) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité. J'accepte de payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Fait à : ..... Nom du signataire: ..... Signature:

Le: