



Minicamps Ufcv 2018

RESERVER



Documents de réservation

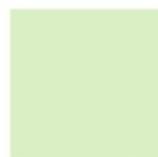
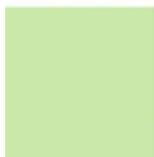
portail-animation.ufcv.fr



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

6 B Boulevard Diderot

25000 BESANCON





Fiche de réservation MINICAMPS ÉTÉ 2018

RLB

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 Beauré**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 70 € 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 Beauré**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 50 € 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 2017/2018sauf 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 RECOMMANDÉS	DATES DU DERNIER RAPPEL
Diphtérie				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 (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 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: