

# DOSSIER D'INSCRIPTION



Votre choix est fait : vous avez décidé d'inscrire votre enfant sur un des séjours Ufcv organisé en partenariat avec la ville de Saint-Jean-le-Blanc :

## Séjour Défis Sensations !

Pour une inscription réussie : n'oubliez pas de joindre le règlement libellé à l'ordre de l'Ufcv et votre feuille d'imposition 2020 sur les revenus 2019. Vous pouvez, si vous le souhaitez, ajouter la souscription à la Garantie Annulation/Interruption. Les bons CAF sont acceptés, mais ne valent pas acompte. Nous acceptons aussi les chèques ANCV, et aides des comités d'entreprises.

**- Inscriptions avant le 07 juin – Places non garanties au-delà -**

Merci de nous faire parvenir votre dossier complet (fiche d'inscription, fiche sanitaire de liaison, justificatifs de prise en charge et chèque de règlement) à l'adresse suivante :

**Ufcv / Evasion Jeunesse – 57 rue du Général de Gaulle – 45650 SAINT JEAN LE BLANC**

Vous recevrez en retour une confirmation d'inscription par courrier électronique à l'adresse indiquée sur la fiche d'inscription.

Un compte client sur notre site sera automatiquement créé. Il vous permettra de retrouver toutes les informations concernant votre inscription.

À réception de l'inscription, nous vous communiquerons les informations complémentaires relatives au séjour 3 semaines avant le départ. La convocation vous sera transmise 15 jours avant le départ.



# FICHE D'INSCRIPTION



Réservé à l'Ufcv - N° de commande : \_\_\_\_\_

## L'ENFANT (Écrire en majuscules)

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Sexe :  F  M ..... Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Adresse d'envoi de la convocation : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

Email : .....

INFORMATION INSCRIVANT  PARENT(S)  TUTEUR(S)  AUTRE, précisez : .....

NOM : ..... PRÉNOM : .....

**Pour recevoir votre confirmation d'inscription indiquez ci-dessous votre adresse email**

Email : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél. domicile : ..... Tél. portable : ..... Tél. professionnel : .....

Profession : .....

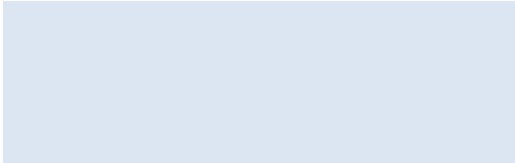
Je souhaite souscrire la Garantie Annulation/Interruption (24€)

J'accepte de recevoir des informations personnalisées de la part de l'Ufcv.

Je soussigné(e)..... certifie avoir pris connaissance des conditions particulières d'inscription, des conditions générales de vente, ainsi que du descriptif complet du séjour, des conditions de la Garantie Annulation/Interruption le cas échéant, qui constituent l'information préalable au sens de l'article R.211-4 du Code du Tourisme. Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours m'incombant et de rembourser les avances de frais médicaux réalisés durant le séjour ainsi que les éventuels frais de rapatriement disciplinaire.

**Signature :**

(Précédé de la date et la mention *Lu et approuvé*)



## INFORMATIONS SEJOURS :

Séjour :  Séjour juillet à Jard sur Mer  Séjour aout à La Chapelle d'Abondance

Départ et retour de Saint-Jean-le-Blanc.

## Barème de participation :

Tranche	Barème de participation*	Participation famille** par jeune et par séjour
1	De 0 à 799€	456€ -60€ <b>396€</b> ***
2	De 800 à 1399€	480€ -54€ <b>426€</b> ***
3	De 1400 à 1999€	504€ -42€ <b>462€</b> ***
4	2000€ et plus	516€ -30€ <b>486€</b> ***
5	Résidant hors commune	<b>600€</b>

\*\*\*La ville de Saint-Jean-le-Blanc augmente sa participation financière jusqu'à 60€ par jeune !

\*Sur la base du revenu fiscal de référence figurant sur l'avis d'imposition 2020 sur les revenus 2019 (à fournir), divisé par le nombre de part retenu par le service des Impôts, lui-même multiplié par 12.

\*\*Hors Garantie Annulation/Interruption, souscription optionnelle à la charge des familles au montant de 28€ par jeune et par séjour

## AIDES :

N° Allocataire/CAF : \_\_\_\_\_

CAF de rattachement : \_\_\_\_\_

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Réservé à l'Ufcv  
N° de commande \_\_\_\_\_

→ Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, nous vous remercions de la compléter avec soin.

## LE JEUNE (Écrire en majuscules)

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Sexe :  F  M ..... Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Pointure : ..... Taille : ..... cm

Niveau de ski (le cas échéant) : .....

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

L'enfant bénéficie-t-il de la **protection universelle maladie (PUMA)** pendant le séjour ?

oui  non  Si oui, fournir une attestation.

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

oui  non  **Si oui, fournir une ordonnance récente** et les médicaments correspondants au moment du départ (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 DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

		Scarlatine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
		Coqueluche	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rubéole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Otite	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Varicelle	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Rougeole	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Angine	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Oreillons	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Rhumatisme articulaire aigu	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		

### ALLERGIES :

Asthme : oui  non

Médicamenteuses : oui  non

Alimentaires : oui  non

Précisez.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Nom et tél. du médecin traitant : .....

## VACCINATION

Merci de nous transmettre la copie du carnet de vaccination de votre enfant laissant apparaître ses nom et prénom.

Il est impératif de nous transmettre toutes les pages concernées par des vaccinations obligatoires.

Vous pouvez également nous faire parvenir un certificat médical de vaccination.

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.

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Réservé à l'Ufcv  
N° de commande \_\_\_\_\_

→ Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, nous vous remercions de la compléter avec soin.

## RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE

Difficultés de santé, port de lunettes, d'appareils auditifs, de prothèses dentaires, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie...

.....  
 .....  
 .....  
 .....

## RÉGIME ALIMENTAIRE \*

Sans porc  Sans viande  Végétarien

.....  
 .....  
 .....

\* Les menus respectent les régimes alimentaires particuliers dans la mesure du possible.

## RESPONSABLE LÉGAL DU JEUNE

NOM ET PRÉNOM.....

Adresse (pendant le séjour) :.....

.....  
 .....

Tél. fixe (et portable) :.....

Domicile :.....

Bureau.....

## OBLIGATOIRE : PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM.....

Lien avec l'enfant :.....

Tél. fixe :.....

Portable :.....

Mail :.....

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise mon enfant à participer au séjour et à l'ensemble des activités. J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, après consultation médicale, toute mesure (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) rendue nécessaire par l'état de l'enfant et à reprendre le mineur à sa sortie de l'hôpital. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisations éventuelles.



Date

.....

Signature (obligatoire)

.....

## À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

Observations :.....

.....  
 .....