



## **Séjour MORILLON en Haute Savoie**

**Du samedi 29 juillet au samedi 5 août 2017**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

# AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e), Monsieur ou Madame.....

Adresse .....

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

✓ Autorise mon enfant ..... à participer au séjour organisé par la MJC-Centre social à Morillon en Haute Savoie, du samedi 29 juillet au samedi 5 août 2017.

✓ Autorise le responsable des activités à prendre toutes mesures rendues nécessaires pour son état de santé.

CONTRE-INDICATIONS MEDICALES EVENTUELLES :

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

**N° Téléphone où l'on peut vous joindre :**

- Portable père : .....
- Portable mère : .....
- Fixe : .....
- Travail père : .....
- Travail mère : .....

Fait à Crépy-en-Valois, le

Signature

## **Liste pour vous aider au cas où...**

### **Prévoir des vêtements pour une semaine**

- ✓ TROUSSE DE TOILETTE
- ✓ SERVIETTES DE TOILETTE
- ✓ CREME SOLAIRE
- ✓ STICK POUR LES LEVRES
- ✓ LUNETTES DE SOLEIL
- ✓ MAILLOT DE BAIN ET SERVIETTE DE BAIN
- ✓ CASQUETTE
- ✓ SHORTS
- ✓ TEE SHIRTS
- ✓ PULLS OU SWEAT
- ✓ SURVETEMENT
- ✓ K-WAY
- ✓ CHAUSSURES DE MARCHE (2 paires : une de sport + une plus usagée pouvant aller dans l'eau)
- ✓ SANDALETTES
- ✓ CHAUSSONS
- ✓ PYJAMA
- ✓ SOUS-VETEMENTS
- ✓ 1 SAC A DOS + GOURDE

# FICHE D'INSCRIPTION

## Séjour MORILLON en Haute Savoie

**Du samedi 29 juillet au samedi 5 août 2017**

NOM ..... PRENOM.....

Adresse .....

Code postal ..... Commune.....

Date et lieu de naissance.....

- Portable père : .....

- Portable mère : .....

- Fixe : .....

- Travail père : .....

- Travail mère : .....

\*\*\*\*\*

Montant du séjour : 450 € + Adhésion individuelle de 14 € ou familiale de 20 €

Le séjour doit être soldé (chèques encaissés) au moment du départ.

Réglé le :

Par :       Chèques       Espèces       Bons CAF

Comité d'Entreprise

Fait à Crépy-en-Valois, le

Signature



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... responsable légal 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.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

**COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

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

**OBSERVATIONS**

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

## **DOCUMENTS A NOUS FOURNIR**

- ATTESTATION DE SECURITE SOCIALE
- CARNET DE SANTE
- CARTE MUTUELLE OU CMU
- UNE PHOTO
- ATTESTATION ASSURANCE INDIVIDUELLE
- LE DOSSIER JOINT DÛMENT COMPLETE (4 pages)
- BREVET DE NAGE DE 50m