

## Dossier d'inscription & modalités de paiement

Bonjour,

Vous trouverez ci-joint le dossier d'inscription, comprenant :

- **Fiche de renseignements** (à me retourner par mail)
- **Fiche sanitaire** avec copie des vaccins (à me retourner par mail ou à remettre au départ du séjour)
- **Informations sur la journée au centre**

### Modalités de paiement :

Le règlement peut être effectué en plusieurs fois (jusqu'à 5 échéances) par :

✓ Chèques (à l'ordre de l'« Asso Sans Prétention », à envoyer au 527 rue du val des chênes 76210 Gruchet le Valasse)

✓ ANCV

✓ Espèces

✓ Virement (RIB ci-joint – précisez Nom Prénom de l'enfant et séjour)

Nous acceptons également les **temps libres de la CAF** (attestation requise).

Si vous avez besoin d'une facture pour votre comité d'entreprise (CE), n'hésitez pas à me le signaler.

👉 **Pour les enfants de moins de 6 ans, les frais de garde sont déductibles des impôts** : pensez à me demander la facture en fin de centre.

Si vous avez d'autres questions, n'hésitez pas à me contacter au **06.21.12.53.19**.

**Bonne journée !**

**Sophie**

#### RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte



CR NORMANDIE SEINE  
BOLBEC  
Tel. 0969393048 Fax. 0232805029

18/06/2021  
00168

Intitulé du compte

ASSOC. SANS PRETENTION  
527 RUE DU VAL DES CHENES  
76210 GRUCHET LE VALASSE

Domiciliation

Code banque  
18306

Code guichet  
00035

Numéro de compte  
36096879886

Clé RIB  
36

IBAN

FR76 1830 6000 3536 0968 7988 636

Code BIC (Bank identification code) - code SWIFT

AGRIFRPP883

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

NOM : \_\_\_\_\_

**ENFANT N°1 :**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 ÂGE \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 DROIT À L'IMAGE  Oui  Non RÉGIME ALIMENTAIRE \_\_\_\_\_

**ENFANT N°2 :**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 ÂGE \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 DROIT À L'IMAGE  Oui  Non RÉGIME ALIMENTAIRE \_\_\_\_\_

**ENFANT N°3 :**

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 ÂGE \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 DROIT À L'IMAGE  Oui  Non RÉGIME ALIMENTAIRE \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE LÉGAL(E) :**

NOM \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 CODE POSTAL \_\_\_\_\_  
 VILLE \_\_\_\_\_  
 TEL DOMICILE \_\_\_\_\_ TEL PORTABLE \_\_\_\_\_  
 ADRESSE MAIL \_\_\_\_\_

**PÈRE :**

NOM/PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 PORTABLE \_\_\_\_\_ TEL PROFESSIONNEL \_\_\_\_\_

**MÈRE :**

NOM/PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 PORTABLE \_\_\_\_\_ TEL PROFESSIONNEL \_\_\_\_\_

**AUTRE PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE :**

NOM/PRÉNOM \_\_\_\_\_ LIEN : \_\_\_\_\_  
 PORTABLE \_\_\_\_\_

QUOTIENT FAMILIAL \_\_\_\_\_ N° CAF \_\_\_\_\_  
 TARIF JOURNALIER \_\_\_\_\_ (SI BON VACANCES)

J'atteste avoir pris connaissance du fonctionnement du séjour et accepte et m'engage à respecter le règlement intérieur et les conditions. J'autorise mon enfant à être pris en photo et en vidéo, sans but lucratif, dans le cadre du séjour. (Site internet, affiches, dépliants, presse...). J'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.

Lu et approuvé :

Signature :

<b>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</b>	<b>ENFANT:</b>	
	Nom:	
	Prénom:	
	Date de Naissance:	
	Fille <input type="checkbox"/>	Garçon <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

**PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS** valable jusqu'au:

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

**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  
(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?

	OUI	NON
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
Otite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	OUI	NON
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLERGIES	OUI	NON
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres allergies	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler) :

**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, ETC...  
PRÉCISEZ.

### RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom :  Prénom

Adresse pendant le séjour

Complément d'adresse

Code postal  Ville

N° Sécurité sociale  Mutuelle

Tél. fixe domicile

Tél. portable M.  Tél. prof. M.

Tél. portable Mme  Tél. prof. Mme

Nom du médecin traitant  Tél

### DECHARGES ET AUTORISATIONS

Autoriser mon enfant à sortir seul de l'ALSH à la fin de celui-ci: OUI  NON

Personnes autorisées à reprendre l'enfant: père  mère

autres préciser

Je soussigné  en qualité de

responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et

atteste avoir pris connaissance du fonctionnement du séjour et en accepte et m'engage à respecter le REGLEMENT INTERIEUR et les conditions.

autoriser notre enfant à être **PHOTOGRAPHIE et FILME**, sans but lucratif, dans le cadre du séjour (site internet, affiches, dépliants, presse...)

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.

le  Signature

mise à jour le  Signature

mise à jour le  Signature

mise à jour le  Signature



# Une bonne journée au centre

- ✓ Tenue décontractée et résistante (qui ne craint rien)
- ✓ Chaussures confortables pour jouer (baskets)
- ✓ Casquette marquée au nom de l'enfant (quelque soit le temps)

Petit sac à dos marqué au nom de l'enfant contenant :

- Une gourde
- Un change complet (pantalon, t-shirt, sous-vêtements, chaussettes)
- Doudou et/ou tétine si besoin
- Un maillot de bain et une petite serviette (pour les jeux d'eau)
- Un K-Way quelques soit le temps le matin
- Crème solaire (si spécifique à l'enfant)
- Un vieux t-shirt ou une blouse pour les activités peinture

- 17** Dates et horaires
- 🕒 Accueil du matin : entre 8h et 9h30
  - 🕒 Accueil du soir : entre 17h et 18h
  - ① Garderie : possible sur inscription (supplément de 1€/1/2 h)
  - 🏕️ Jeudi soir : camping au centre ou aux alentours (supplément de 8€)

Directeur du centre  
Durand Christian  
06.20.14.73.12  
(pendant le séjour)

📘 Facebook : Association Rnest's  
« Sans Prétention »

🌐 Site web : [www.sejours-nature.fr](http://www.sejours-nature.fr)



N'hésitez pas à  
poser vos questions ! 😊

