

SEJOUR : .....

DATES : .....

LIEU DE DEPART :

PARIS  GRENOBLE  LYON  CLERMONT-FERRAND  AURILLAC

JE SOUHAITE SOUSCRIRE L'ASSURANCE ANNULATION COVID  (5 % du prix du séjour en fonction des garanties souscrites. Formule Confort Mutuaide.fr [https://www.mutuaide.fr/sites/uploads/2021/06/3.notice-d-information\\_voyage-touristique-formule-confort\\_FR.pdf](https://www.mutuaide.fr/sites/uploads/2021/06/3.notice-d-information_voyage-touristique-formule-confort_FR.pdf))

**PHOTO  
D'IDENTITE  
OBLIGATOIRE**

## RENSEIGNEMENT ELEVE - STUDENT

NOM-NAME: ..... Prénom-*Surname*: .....

Date de naissance-*Date of Birth*: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Sexe-Sex: M - F Nationalité-*Nationality*: .....

N° de Sécurité Sociale-*Health Insurance Number*: \_\_\_\_\_

Adresse-Address : .....

Code postal-*Post Code*: \_\_\_\_\_ Ville-Town: .....

N° de téléphone-*Telephone Number*: \_\_\_\_\_ Portable-Mobile: \_\_\_\_\_

CARACTÈRE : timide-shy  indépendant-independent  s'adapte facilement-adaptable

CHARACTER: autre-other : .....

SPORTS ET LOISIRS : lecture-*reading*  musique-*music*  foot-*football*  natation-*swimming*

SPORTS AND HOBBIES: autre-other : .....

ETABLISSEMENT SCOLAIRE-*NAME OF SCHOOL* : .....

Classe-Class : ..... Nombre d'années d'études d'anglais -*Number of years studying English*:

English: \_\_

## RENSEIGNEMENT FAMILLE - FAMILY

NOM-Name: .....

Mariés-Married  Divorcés-Divorced  Séparés-Separated  Concubins-Living together  Veuf(ve)-Widowed

Tél. Domicile-*Home Phone N°*: \_\_\_\_\_

Tél. Travail Père-*Father's Work Phone N°*: \_\_\_\_\_ Portable père-*Father's Mobile*: \_\_\_\_\_

Tél. Travail Mère-*Mother's Work Phone N°*: \_\_\_\_\_ Portable mère-*Mother's Mobile*: \_\_\_\_\_

E-mail (EN LETTRES MAJUSCULES):.....

A RENSEIGNER NOTAMMENT SI VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR DES NOUVELLES DE VOTRE ENFANT PENDANT LE SEJOUR

## CADRE RESERVE AUX SEJOURS EN FAMILLE - SECTION CONCERNING

Autorisez-vous votre enfant à sortir sans supervision des adultes après le diner ? *Do you authorize your child to go out alone without an adult after dinner?*

...NON / NO

... OUI jusqu'à 21h30 (14-15 ans)-*until 9.30pm (14-15 years old)*

... OUI jusqu'à 23h00 (16-18 ans)-*until 11pm (16-18 years old)*

## AUTORISATION 1 - AUTORISATION 1

Je soussigné(e)..... autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées lors du séjour et je reconnaiss avoir pris connaissance des conditions générales de vente d'ELO.

*I hereby authorize my child to take part in all the activities organised during the stay and acknowledge that I have read and understood ELO's terms and conditions.*

Date: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature:

### Communication :

Des photos prises pendant les séjours peuvent illustrer nos catalogues et notre site internet. Nous pourrons également être amenés à utiliser les adresses mail pour diffuser ponctuellement des informations sur les activités de l'association. Si vous ne le souhaitez pas, nous le préciser par courrier.

## FICHE SANITAIRE - Child's medical information

### MALADIES SUBIES - DISEASES CONTRACTED :

Varicelle-Chickenpox   
 Rubéole-German Measles   
 Coqueluche-Whooping Cough   
 Sujet à l'asthme-Asthmatic   
 Sujet à une allergie-Allergies

Rougeole-Measles   
 Oreillons-Mumps   
 Scarlatine-Scarlet Fever

Si oui, précisez-If so, please specify: .....

Régime ou autres problèmes de santé-Diets or other health problems:

.....

**VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant-as indicated in your child's health booklet or on vaccination certificates) :

VACCINS OBLIGATOIRES- OBIGATORY VACCINATIONS	oui-yes	non-no	DATE DES DERNIERS RAPPELS-DATE OF LAST BOOSTER JAB	VACCINS RECOMMANDÉS- RECOMMENDED VACCINATIONS	DATE
Diphthérie-Diphtheria				Hépatite B-Hepatitis B	
Tétanos-Tetanus				Rubéole-Oreillons-Rougeole-Measles, mumps and rubella	
Poliomyélite-Polio				Coqueluche-Whooping Cough	
ou DT Polio-or Diphtheria, tetanus and polio				Autres préciser-Others, please specify	
ou Tétracoq-or Diphtheria, tetanus, polio and whooping cough					
BCC-Tuberculosis					

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour?-Will your child be taking any medicine during the trip?

oui-yes

non-no

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)-If yes, please attach a recent prescription and the corresponding treatment (medicine in its original packaging and with its notice, with your child's name on it).

Le jeune est-il apte à pratiquer tous les sports ?-Can your child participate in all sports?

oui-yes

non-no

A l'exception des sports suivants-With the exception of the following sports:

### AUTORISATION 2 - AUTORISATION 2

En cas d'urgence, je soussigné(e) ..... autorise le responsable du groupe à mettre en œuvre toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

In the event of an emergency, I hereby give authorisation for my child to have any medical treatment, to be hospitalised, to undergo any operation deemed necessary by qualified medical staff.

Date: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature:

Cadre réservé à ELO			
Inscrit	Confirmation	Scan	Saisie