

SEJOUR :

DATES :

LIEU DE DEPART :

PARIS ☐ CLERMONT-FERRAND ☐ AURILLAC ☐

JE SOUHAITE SOUSCRIRE L'ASSURANCE ANNULATION VOYAGE & COVID ☐

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-independant ☐ 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 : _ _

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 dîner ? *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 reconnais avoir pris connaissance des conditions générales de vente d'ELO.

I hereby authorise 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 pourrions 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* ☐ Rougeole-*Measles* ☐
 Rubéole-*German Measles* ☐ Oreillons-*Mumps* ☐
 Coqueluche-*Whooping Cough* ☐ Scarlatine-*Scarlet Fever* ☐
 Sujet à l'asthme-*Asthmatic* ☐
 Sujet à une allergie-*Allergies* ☐ 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- OBLIGATORY VACCINATIONS	oui- yes	non- no	DATE DES DERNIERS RAPPELS- DATE OF LAST BOOSTER JAB	VACCINS RECOMMANDES- RECOMMENDED VACCINATIONS	DATE
Diphtérie- <i>Diphtheria</i>				Hépatite B- <i>Hepatitis B</i>	
Tétanos- <i>Tetanus</i>				Rubéole-Oreillons-Rougeole- <i>Measles, mumps and rubella</i>	
Poliomyélite- <i>Polio</i>				Coqueluche- <i>Whooping Cough</i>	
ou DT Polio-or <i>Diphtheria, tetanus and polio</i>				Autres préciser- <i>Others, please specify</i>	
ou Tétracoq-or <i>Diphtheria, tetanus, polio and whooping cough</i>				BCG- <i>Tuberculosis</i> _____ COVID	_____

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 - AUTHORISATION 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