



2, place Martin Bidouré  
83470 St Maximin  
04.94.86.58.91  
[www.csc-maximin.com](http://www.csc-maximin.com)

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION SEJOUR DE VACANCES

### LE SEJOUR

Séjour Hiver 2020 – Ski à Orcières

du 23/02/2020 au 29/02/2020

#### LE PARTICIPANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Date de naissance : / /

Sexe : F M

Nationalité : \_\_\_\_\_

Taille : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_

Pointure : \_\_\_\_\_

Niveau de ski

Débutant  Piste verte  piste bleu  piste rouge

S'agit-il d'un premier séjour hors de la famille ?

Recommandations particulières :

#### LES PARENTS OU TUTEURS

Mr et M<sup>me</sup>  Mr  M<sup>me</sup>

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Tel domicile : / / / / /

Tel portable: / / / / /

E-mail \_\_\_\_\_ @

Tel. D'urgence pendant le séjour :

/ / / /

Un acompte de 300 euros sera demandé à l'inscription. Le solde, un mois avant le départ.

Le centre social propose des aides. Vous rapprochez de l'association pour des renseignements complémentaires.

Des aides aux départs sont aussi possibles auprès du département du Var : <https://www.var.fr/varjeunesse-aides>



**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 DENTAIRE, 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**

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