



✉ 22 rue Beau de Rochas – 63110 Beaumont
 ☎ 04 73 91 27 02 • 04 73 91 63 93 @ aroeven.clermont-fd@aroeven.fr
 • <http://aroeven-auvergne.fr/> f <http://on.fb.me/1C9g5YC>
 Association loi 1901 / Agrément tourisme : AG-075-95-0005
 Garantie financière de 28 500 € sous forme de fonds de réserve

BULLETIN d'INSCRIPTION – Samedis Neige & Pleine Nature

Préinscription en ligne et la circulaire d'information : http://is.gd/inscription_neige

Retour du dossier complet avant le 8 décembre 2018

NOM du participant PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE SEXE : M F NATIONALITÉ

Adresse complète :

Établissement scolaire fréquenté et classe :

AUTORISATION du RESPONSABLE LÉGAL du PARTICIPANT

Je soussigné(e) (Nom et Prénom) :

Marié(e) Célibataire Séparé(e) Divorcé(e) Veuf/ve Concubin(e)

Employeur du père : Employeur de la mère :

(Domicile) (Trav.)

(Portable) E-mail

Afin de bénéficier des tarifs dégressifs merci de nous fournir la copie de votre **Attestation CAF**

N° allocataire : et Quotient familial :

ASSURANCES : précisez les noms des assureurs et numéros de vos contrats

Tous les ALSH présentés dans le catalogue sont couverts par une assurance multirisque et rapatriement, incluse dans le prix du séjour et ALSH, auprès de la compagnie APAC N° 63-113-021 à Clermont-Ferrand.

Assurance extrascolaire : N° :

Nom et adresse de votre mutuelle :

Je soussigné(e) (NOM et Prénom)

agissant tant pour moi-même que pour le compte du participant :

☐ Autorise l'Aroéven à utiliser des photos ou films où figure le jeune (cité ci-dessus) pour illustrer ses brochures, dépliants, affiches... Aucune contrepartie financière en cas d'utilisation de photos ou films ne pourra être demandée.

☐ Certifie avoir pris connaissance des conditions générales de vente des séjours ou ALSH **figurant dans nos publications**.

☐ Autorise l'enfant inscrit ci-dessus à participer à toutes les activités proposées par le directeur du séjours ou ALSH.

Le à

Signature

ACTIVITÉ PRATIQUÉE

Option choisie par le participant :

Ski

Snowboard (surf)

LOCATION DE MATÉRIEL

Souhaitez-vous emprunter du matériel à l'Aroéven ?

Oui Non

RETRAIT DU MATÉRIEL SKI/SNOW

Samedi 15 décembre de 8 h 30 à 11 h 30 (nom de famille de A à M).

Samedi 15 décembre de 13 h à 15 h 30 (nom de famille de N à Z).

Mercredi 19 décembre de 16 h à 19 h.

Si oui, précisez lequel (cocher la/les mention(s) utile(s)) :

Ski

Chaussures de ski

Bâtons

Snow

Boots de snow

Pointure :

Poids :

Taille :

NIVEAU TECHNIQUE DU JEUNE

1 - Débutant complet

2 - Débrouillé - pistes vertes

3 - Débrouillé - pistes bleues

4 - Intermédiaire - pistes bleues & rouges

5 - Confirmé - pistes rouges & noires

6 - Expert - toutes pistes, toutes neiges

OU

1 - Ourson

2 - Flocon

3 - 1^{ère} étoile

4 - 2^{ème} étoile

Niveau

ESF

5 - 3^{ème} étoile

6 - Étoile de bronze

7 - Étoile d'or

7 - Flèche

HORAIRES BUS & LIEUX DE RENDEZ-VOUS (carte sur http://is.gd/aro_trajet)

Lieu aller :

Lieu retour :

Aller	Retour	Lieux de RDV
12 h 15	18 h 45	Riom – Parking de la piscine Béatrice Hess.
12 h 45	18 h 20	CE Michelin – Devant le parking 8, rue Jacques Magnier à Clermont-Ferrand.
14 h 00	17 h 00	Super Besse – Parking des bus - Uniquement Neige
12 h 15	19 h 00	Clermont-Fd – Gare routière. (stationnement interdit)
12 h 35	18 h 30	Romagnat – Parking du Stade, au croisement des avenues Jean Moulin et les Pérouses
12 h 50	18 h 00	Orcet – Parking à coté du "camion pizza", situé au carrefour de la D978 et de la D120 (le Petit Orcet)
13 h 10	17 h 45	Champeix – Rue de la Halle - Uniquement Neige
14 h 00	17 h 00	Super Besse – Parking des bus - Uniquement Neige

PARTENAIRE

Le participant est-il rattaché à un partenaire (CE, Mairie, Éducation Nationale, SRIAS...). Si oui, lequel ?

AIDES AUX VACANCES – BOURSE AROÉVEN

Je souhaite déposer une demande de bourses OUI NON

Si oui, un dossier à renseigner vous sera adressé par e-mail.

Conformément à la loi informatique et liberté, le client bénéficie d'un droit de rectification concernant les informations contenues dans le présent contrat.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

I. ENFANT

NOM : PRÉNOM :
SEXE GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : / / (Âge :)

II. VACCINATIONS

JOINDRE LES PHOTOCOPIES DES PAGES DU CARNET DE SANTÉ CORRESPONDANT AUX VACCINS OBLIGATOIRES (DT POLIO, DT COQ, TÉTRACOQ, ETC.)

Si l'enfant n'est pas vacciné. Pourquoi ?

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre impérativement un certificat médical de contre-indication.

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

• L'enfant a-t-il déjà eu les **maladies infantiles** suivantes ? (cocher la case)

Rubéole Varicelle Angines Rhumatismes Scarlatine
Coqueluche Otites Asthme Rougeole Oreillons

• L'enfant a-t-il des **allergies personnelles** et/ou familiales ? (cocher la case)

Urticaire Eczéma Soleil Asthme Alimentaires
Autre(s)

• L'enfant a-t-il des **allergies médicamenteuses** ?

Préciser le(les) médicament(s) :

• Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre : (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales, rééducation...)

..... / /
..... / /
..... / /

• Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? Non Oui

Si oui, lequel ?

Si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments.

V. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

• L'enfant porte-t-il ?

Lentilles Lunettes Prothèses auditives Prothèses dentaires

• Divers (Joindre un courrier si besoin)

Handicap mental Handicap physique Régime
Diabète Traitement hormonal Fille réglée
Incontinence Cauchemar

• Autre(s) recommandations :

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

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOMS :

ADRESSE (pendant la période du séjour) :

.....

N° DE S.S.	N° DE TEL	DOMICILE	BUREAU
------------	-----------	----------	--------

ADRESSE DE VOTRE CPAM :

.....
.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE :

Signature :

VI. PHOTOCOPIES À FOURNIR

1. Copie attestation carte Vitale. Vous pouvez faire une demande sur le site Ameli en suivant ce lien : <http://is.gd/cartevitale>
2. Copie carte mutuelle recto-verso.
3. Comme demandé dans le point 2. Joindre les photocopies des pages du carnet de santé correspondant aux vaccins obligatoires (DT Polio, DT Coq, Tétracoq, etc.).



22 rue Beau de Rochas
63110 Beaumont
☎ 04 73 91 27 02

@ aroeven.clermont-fd@aroeven.fr

• <http://aroeven-auvergne.fr>