

ORGANISATEUR DE SÉJOURS

030 ORG 0323

Siège : 9 rue Descartes 30000 NIMES

Ecole : 12 rue des Marchands 30000 NIMES

Tél : 06 12 24 70 98

E-mail : playaway.stages@gmail.com

Site : www.playaway.fr



PLAY AWAY
LANGUES ET CULTURES

FICHE D'INSCRIPTION

(À envoyer au siège :PLAY AWAY, 9 rue Descartes, 30000 NÎMES)

Je choisis mon séjour: N° de déclaration Tarif Lieu

| | | |
|---|---------------|--------------------------------|
| 0300323SV001024 du 20 au 25 avril 2025 | 550€00 | MFR Pont du GARD, 30260 |
| 0300323SV000424 du 06 au 11 juillet 2025 | 550€00 | MFR Pont du GARD, 30260 |
| 0300323SV000524 du 13 au 18 juillet 2025 | 550€00 | MFR Pont du GARD, 30260 |
| 0300323SV000824 du 17 au 22 août 2025 | 550€00 | MFR Pont du GARD, 30260 |
| 0300323SV000924 du 24 au 29 août 2025 | 550€00 | MFR Pont du GARD, 30260 |
| 0300323SV000125 du 26 au 31 octobre 2025 | 550€00 | MFR Pont du GARD, 30260 |

ENFANT

NOM : PRENOM :

Fille Garçon

ADRESSE

CP..... VILLE

DATE DE NAISSANCE CLASSE (année 2024 /2025)

Êtes-vous déjà venu à Play Away ? OUI/NON Si non, comment avez-vous entendu parler de nous ?.....

RESPONSABLE

NOM PRENOM

TEL 1 : TEL 2

E-MAIL :

Personne (parenté) à prévenir en cas d'urgence (autre que responsable)

NOM PRENOM TEL

NOM PRENOM TEL

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT : (se reporter aussi à la fiche sanitaire ci-jointe)

AUTRES COMMENTAIRES UTILES :

Compagnie d'Assurance : N° de contrat en responsabilité civile :.....

Je soussigné,, responsable légal de l'enfant susnommé, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les professeurs et animateurs à prendre le cas échéant, les dispositions qu'ils jugent nécessaires pendant le séjour en ce qui concerne la sécurité et le bien-être de mon enfant.

Coût du séjour: 550€00 en pension complète.

Ci-joint ___ chèque(s) de réservation de 175€00 ou Virement bancaire de 175€00 fait ce jour :

FAIT LE :

SIGNATURE



DEMANDE D'AUTORISATION PARENTALE DROIT A L'IMAGE

Utilisation de photos de votre enfant par la structure :

Dans le cadre de notre travail pédagogique, nous sommes amenés à utiliser des photos des enfants pour le site internet. Il ne s'agit pas de photographies individuelles d'identité mais de photos de groupe ou bien de vues montrant des enfants en activité.

En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

La loi nous fait obligation d'avoir l'autorisation écrite des parents pour cette utilisation. Aussi, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir remplir le talon ci-dessous.

Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans aucun but lucratif et sans publication de prénom et nom de famille. Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vue, soit de masquer son visage.

Nous soussignés :

Responsables légaux de l'enfant :

Autorisons

N'autorisons pas

les adultes professionnels de la structure à utiliser, dans le cadre pédagogique (site Internet) des photos de notre enfant prises au cours des activités.

à

, le.....

Signature des représentants légaux :



FICHE SANITAIRE

(À envoyer au siège 9, rue DESCARTES, 30000 NÎMES ou par courriel)

Séjour n° **0300323SV000** du __ / __ / 20__ au __ / __ / 20__

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 sera détruite à la fin du séjour. **(NB joindre des copies de vaccinations)**

ENFANT

NOM

PRENOM.....

DATE DE NAISSANCE :

Fille

Garçon

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé et aux certificats de vaccinations de l'enfant) **Nous vous prions de bien vouloir joindre des photocopies ou scans des vaccinations, merci.**

| Vaccins obligatoires | Oui | Non | Dates des derniers rappels | Vaccins recommandés | Dates |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|----------------------------|-------|
| Diptérie | | | | Hépatite B | |
| Tétanos | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | | | | Coqueluche | |
| Ou Dt polio | | | | Autres (préciser) | |
| Ou Tétracoq | | | | Papillomavirus | |
| BCG | | | | | |

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 MEDICAUX 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 :

| | | | |
|-----------------------------|---|------------|---|
| Rubéole | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Scarlatine | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Varicelle | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Coqueluche | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Angine | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Otite | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Rhumatisme articulaire aigu | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Rougeole | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Oreillons | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |

Allergies : Asthme Oui Non Médicamenteuses Oui Non

Alimentaire Oui Non

Autres : (Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication le signaler))

.....

ORGANISATEUR DE SÉJOURS

030 ORG 0323

Siège : 9 rue Descartes 30000 NIMES

Ecole : 12 rue des Marchands 30000 NIMES

Tél : 06 12 24 70 98

E-mail : playaway.stages@gmail.com

Site : www.playaway.fr



PLAY AWAY
LANGUES ET CULTURES

Indiquez 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. Autres (difficultés d'apprentissage etc)

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRENOM

ADRESSE (*pendant le séjour*)

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

TEL FIXE ET PORTABLE DOMICILE :

TRAVAIL :

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT (*facultatif*) :

NUMERO DE CARTE VITALE

MUTUELLE

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 rendues nécessaires par l'état de l'enfant, y compris l'administration de médicaments type Doliprane.

FAIT LE à

SIGNATURE