



PASSEPORT POUR LES VACANCES

LPM 2012

à renvoyer au moment de l'inscription

Cachet (C.E, organismes...)

Photo

Séjour choisi

Du _____ Au _____

Nom de l'enfant _____

Prénom _____

Fille Garçon Né(e) le _____ Age _____ ans

Nationalité _____

Responsable légal de l'enfant

Père Mère Tuteur (cochez la case correspondante)

NOM _____

Prénom _____

Tél fixe _____ Tél portable _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____

E-mail _____

N° de Sécurité Sociale _____

Lieu éventuel de vacances _____

Où téléphoner en cas d'urgence

Nom _____

Téléphone _____

Ville _____

Séjour au départ de :

Marseille Paris Lyon Toulouse (voir conditions générales d'inscription p.75)

Ne pas oublier de signer au verso, merci.



MINISTRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS



N° 10008*02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DE L'ENFANT

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____

Garçon Fille

Date et lieu du séjour _____

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 vous sera rendue à la fin du séjour.

VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
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 MÉDICAUX 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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

ALLERGIES : ASTHMES oui non MÉDICAMENTEUSES oui non

ALIMENTAIRES oui non Autres _____

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

Indiquez ci-après les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, opération, hospitalisation, 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.

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom Prénom

Adresse pendant le séjour

E-mail

Tél fixe domicile Tél portable

Tél bureau

Nom et téléphone 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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendue nécessaire par l'état de l'enfant.

Date Signature

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

coordonnées de l'organisateur du séjour ou du centre de vacances

OBSERVATIONS

Je soussigné

Responsable légal de l'enfant, autorise la direction du centre de vacances, à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales en cas de nécessité. Je m'engage à respecter les conditions générales et financières de l'Association, et à rembourser dans les huit jours qui suivent la facturation, le montant des frais qui auraient pu être avancés. Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'annulation et d'assurance-annulation couvrant les cas de force majeure. J'autorise également l'Association à utiliser éventuellement les photos de mon enfant prises au cours du séjour. Ceci pour publication de la brochure afférente aux séjours à venir et organisés par l'Association. Je m'engage à ne demander aucune indemnité pour cela. Mon enfant pratiquera selon les séjours, les activités proposées. Si obligatoire, je fournirai au moment du départ un certificat médical de moins de 10 jours attestant que l'enfant est apte à participer au séjour et aux activités proposées qu'il n'est atteint d'aucune maladie contagieuse.

Je joins la somme de 350 € à valoir sur frais de séjour
+ la somme de 22 € pour frais de dossier et assurance annulation
+ la cotisation de 4 € pour l'année scolaire 2011 / 2012 lors de la première inscription.
S'il s'agit d'une inscription prise moins de 21 jours avant le départ,
joindre la somme correspondant à la totalité des frais de séjour.

Fait le à
Signature :

Observations particulières

Profession Père

Profession Mère

L'enfant vient-il pour la première fois en centre de vacances ?

Centres fréquentés les années précédentes

Comment avez-vous connu LPM ? (cochez la case correspondante)

- | | | | |
|--|--------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Presse | <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Tracts d'information | <input type="checkbox"/> Catalogue |
| <input type="checkbox"/> Collectivités, C.E. | <input type="checkbox"/> Amis | <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> Autres |

LPM (siège social)

36 rue Saint-Jacques

BP 10 - 13251 Marseille cédex 20

Tél. 04 91 04 20 20 - Fax 04 91 53 72 46

lpm@lpm.asso.fr

Bureaux ouverts

du lundi au vendredi de :

9 h 30 à 12 h 30

et de 14 h à 17 h 30

www.lpm.asso.fr

CERTIFICAT MEDICAL LPM

datant de moins 10 jours (certificat non obligatoire sauf pour certaines activités spécifiques : plongée, sports aériens...).

Je soussigné(e),

Docteur,

Certifie que l'enfant :

■ Ne présente aucune contre-indication apparente à la pratique des activités sportives suivantes (lister toutes les activités prévues au séjour)* :

■ Ne présente actuellement aucun signe cliniquement décelable d'affection contagieuse.

■ Est à jour des vaccinations obligatoires.

A

Le

Tampon du médecin

Signature du médecin

* la mention : "tous les sports" n'est pas valide.

CHARTRE D'ENGAGEMENT DES PARTICIPANTS DE 12 ANS ET PLUS LPM

à renvoyer au moment de l'inscription

Pour la bonne marche de nos séjours, nous demandons aux participants de s'engager à respecter le règlement des séjours de vacances LPM en signant le contrat ci-après :

JE M'ENGAGE :

- A respecter les règles de fonctionnement établies par l'équipe d'animation, les règles du camping ainsi que celles présentées par les prestataires d'activités.
- A participer aux tâches de la vie quotidienne : confection des repas, vaisselle, nettoyage des tables, en fonction d'un tableau établi en début de séjour et équitable pour tous (lorsque cela est prévu dans le séjour).
- A avoir une attitude correcte excluant la violence et la grossièreté dans la façon de m'adresser aussi bien aux adultes qu'aux autres participants.
- A respecter le centre et le matériel mis à disposition par l'association .

JE SAIS QUE :

- L'introduction et l'usage de la drogue, quelle qu'elle soit, sont formellement interdits et entraînent un renvoi immédiat. Dans le cas de vente, un signalement sera fait auprès des services compétents.
- L'achat et/ou la consommation d'alcool est interdite durant le séjour que ce soit dans le centre ou à l'extérieur.
- Il est interdit de fumer dans les chambres, les tentes et dans tous les locaux communs.
- Les vols, dégâts et actes de vandalisme ne sont couverts par aucune assurance. La réparation des dommages sera payée par mon argent de poche si le montant le permet, dans le cas contraire les frais seront dus par les parents.

En cas de non respect de l'une de ces règles (et en fonction de sa gravité) , le jeune sera une première fois averti et mis en relation avec ses parents. En cas de récidive une mesure de renvoi pourra être décidée. Dans ce cas les frais de retour et d'accompagnement seront intégralement à la charge de la famille. Aucun remboursement total ou partiel du séjour ne sera dû par LPM.

(signatures au verso)

CHARTRE D'ENGAGEMENT DES PARTICIPANTS DE 12 ANS ET PLUS **LPM** (suite)

NOM de l'enfant,

Prénom

Séjour

Signature du participant précédée de la mention "lu et approuvé"

Je soussigné Mr. / Mme

Père / Mère / Tuteur de l'enfant ci-dessus mentionné

■ Certifie avoir pris connaissance de la charte d'engagement et déclare l'accepter.

■ Je m'engage à récupérer mon enfant si LPM en prenait la décision.

■ En mon absence, je délègue tous pouvoirs pour ce faire à :

Mr / Mme

Adresse

Tél

et vous assure que cette personne sera présente durant la période du séjour de vacances concerné.

Signature des parents précédée de la mention "lu et approuvé"

AUTORISATION PARENTALE **LPM**

A remplir svp

Je soussigné(e) Mme, Mr,

Mère – Père – Tuteur (rayez la mention inutile)

Autorise mon enfant :

Nom

Prénom

A pratiquer les activités sportives mentionnées ci-dessous pour son séjour de vacances (listez toutes les activités prévues au au séjour)* :

Je déclare avoir pris connaissance des conditions d'inscription et de participation de LPM.

Fait à

Le

Signature (avec mention "lu et approuvé")

*la mention : "tous les sports" n'est pas valide.