



**A conserver
et à nous remettre
le jour du départ**

CERTIFICAT MEDICAL

Il doit dater de moins de 10 jours avant le début du séjour

(certificat non obligatoire sauf pour certaines activités spécifiques : plongée subaquatique, sports aériens, vol libre...)

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



**A renvoyer
au moment
de l'inscription**

CHARTRE D'ENGAGEMENT DES PARTICIPANTS DE 12 ANS ET PLUS

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 lieu d'accueil 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 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)

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

PASSEPORT 2012 POUR LES VACANCES

A renvoyer
au moment
de l'inscription



PHOTO

CACHET (C.E. organisme...)



Séjour choisi.....

du..... au

Nom de l'enfant..... Prénom.....

Filles Garçon Née(le) le..... Age..... ans Nationalité.....

Responsable légal de l'enfant Père Mère Tuteur (cochez la case correspondante)

NOM et Prénom.....

Téléfixe..... Tél portable.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

E-mail.....

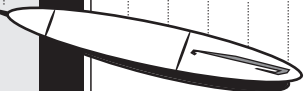
N° de Sécurité Sociale.....

Lieu éventuel de vacances.....

Où téléphoner en cas d'urgence : Nom.....

Téléphone..... Ville.....

S.V.P. À REMPLIR IMPÉRATIVEMENT POUR LES SÉJOURS DE SKI



Pointure :..... Taille :..... Poids :..... Tour de tête :.....
(location d'un casque de ski déjà incluse dans les tarifs)

Niveau : DÉBUTANT ★ ★★ ★★★ SUP.

POUR LES SÉJOURS ADOS UNIQUEMENT

Formule choisie :

Surf Ski Snowblade

SÉJOUR AU DÉPART DE

MARSEILLE PARIS LYON TOULOUSE

(voir conditions générales d'inscription)

Ne pas oublier de signer au verso, merci.



A renvoyer
au moment
de l'inscription

MINISTÈRE
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008-02

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - 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 démonir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

2 - 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
Diphtérie				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

3 - 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
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 <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
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"/>	

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, 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 dentaires, etc...

5 – RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) :

E-MAIL :

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 les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

À 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. 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 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 L.P.M ? (cochez la case correspondante)

Presse Radio Tracts d'information Catalogue

Collectivités, C.E. Amis Internet

Autres.....

LPM (siège social)

36 rue Saint-Jacques

13006 Marseille

Adresse postale BP 10

13251 Marseille cédex 6

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 h30

Possibilité d'inscription en ligne

www.lpm.asso.fr



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

(à remplir svp)

Je soussigné(e) Mme, Mr,

Mère - Père - Tuteur (rayez la mention inutile)

Autorise mon enfant :

Nom :

Prénom :

pratiquer les activités sportives mentionnées ci-dessous pour son séjour de vacances (**lister toutes les activités prévues 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.

CERTIFICAT MEDICAL

Il doit dater de moins de 10 jours avant le début du séjour

(certificat non obligatoire sauf pour certaines activités spécifiques : plongée subaquatique, sports aériens, vol libre...)

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.