



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 – Mercredis Neige & Pleine Nature

Préinscription en ligne et la circulaire d'information : http://is.gd/inscription_neige
 Retour du dossier complet avant le 9 décembre 2016

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

Samedi 10 décembre de 13 h à 15 h 30 (nom de famille de N à Z).

Mercredi 14 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

NIVEAU TECHNIQUE DU JEUNE

<input type="checkbox"/> 1 - Débutant complet	OU	<input type="checkbox"/> 1 - Ourson	<input type="checkbox"/> 5- 3 ^{ème} étoile
<input type="checkbox"/> 2 - Débrouillé - pistes vertes	Niveau	<input type="checkbox"/> 2 - Flocon	<input type="checkbox"/> 6 - Étoile de bronze
<input type="checkbox"/> 3 - Débrouillé - pistes bleues	ESF	<input type="checkbox"/> 3- 1 ^{ère} étoile	<input type="checkbox"/> 7 - Étoile d'or
<input type="checkbox"/> 4 - Intermédiaire - pistes bleues & rouges		<input type="checkbox"/> 4 - 2 ^{ème} étoile	<input type="checkbox"/> 7 - Flèche
<input type="checkbox"/> 5 - Confirmé - pistes rouges & noires			
<input type="checkbox"/> 6 - Expert - toutes pistes, toutes neiges			

Quel que soit le niveau de pratique de votre enfant pour les autres activités de pleine nature, celui-ci vous sera demandé en cours de cycle.

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

Lieu aller :

Lieu retour :

Aller	Retour	Lieux de RDV
12h35	19h00	Clermont-Fd – Gare routière. (stationnement interdit)
12h45	18h40	Romagnat – Parking du Stade, au croisement des avenues Jean Moulin et les Pérouses
13h00	18h10	Orcet – Parking à coté du “camion pizza”, situé au Carrefour de la D978 et de la D120 (le Petit Orcet)
13h15	17h45	Champeix – Rue de la Halle - Uniquement Neige
12h35	18h50	St Genès – Parking de la mairie devant l'école
12h50	18h30	Aydat – Parking École
13h30	17h40	Muroi - Parking à 100m après le supermarché Spar à la sortie de Muroi
13h45	17h20	Besse - Parking devant le Collège du Pavin
12h45	18h30	Blanzat – Rue de la Jarzy près de l'école élémentaire
14h00	17h00	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 DU CENTRE PAYEUR :

.....

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



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

@ aroeven.clermont-fd@aroeven.fr
• <http://aroeven-auvergne.fr>