



DOSSIER D'INSCRIPTION

Enjoy ! Immersive English Normandy

Séjour du 7 au 12 juillet 2024

Joindre une photo récente de l'enfant

Dossier à compléter et nous retourner :

➔ par mail:

chloemichel@mailo.com

Format PDF

➔ ou par courrier postal:

Chloe Michel E.I

2 place de la mairie

14140 Le Mesnil-Simon

Liste des pièces à joindre:

- fiche sanitaire de liaison*
- chèque d'acompte de 50% soit 340€ à l'ordre « Chloe Michel EI » *ou* virement bancaire

RAPPEL DES RÈGLES DU SÉJOUR :

1. Ce séjour est une immersion anglophone. Cela signifie que **les participants ne peuvent pas utiliser une autre langue que l'anglais** pour s'exprimer à l'oral. Le projet pédagogique prévoit de donner les outils nécessaires à chacun pour parvenir à cet objectif exigeant.

2. Ce séjour est également une detox numérique. Cela signifie qu'**aucun appareil connecté personnel (téléphone portable, etc.) n'est autorisé**. Les jeunes peuvent joindre leurs parents, et inversement, via le téléphone de l'entreprise, toujours disponible.

Le respect de ces deux règles permet aux jeunes de faire des progrès notables et durables, et à l'équipe de déployer le projet pédagogique dans les meilleures conditions.

En cas de manquement (non-respect de l'une des règles pré-citées), l'entreprise se réserve le droit, après avertissement, de demander aux responsables légaux de venir récupérer leur enfant avant la fin du séjour.

L'ENFANT :

Nom	
Prénom	
Date de naissance	
Genre	

Est-ce le premier départ en colonie de vacances de votre enfant ? Oui Non

Votre enfant participe-t-il au séjour avec un.e ami.e / cousin.e ? Oui Non

Si oui, merci d'indiquer son nom :

Comment avez-vous entendu parler de nos séjours linguistiques ?

LA/LE RESPONSABLE LÉGAL.E DE L'ENFANT :

M. Mme (NOM)	
Prénom(s)	
Adresse	
Complément d'adresse (appartement, lieu-dit...)	
Code postal	
Ville	
Téléphone 1	
Téléphone 2	

Date

Signature du / de la responsable légal.e :

***INFORMATIONS ET CONSEILS SUR LA FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

La fiche sanitaire de liaison permet aux encadrants du séjour de **disposer d'informations sur l'état de santé de l'enfant**. Elle permet d'assurer un **suivi sanitaire** rigoureux et le cas échéant, de **mettre en place un accompagnement spécifique**. Ce document sera aussi présenté aux personnels de santé, si l'enfant est amené à consulter un médecin au cours du séjour.

Ce document est confidentiel. Seule l'équipe de direction et la personne en charge du suivi sanitaire des enfants sont autorisées à le lire. Si nécessaire, elles peuvent avertir le personnel d'animation ou de cuisine de certaines dispositions particulières (ex : une allergie alimentaire).

A la fin du séjour, la fiche sanitaire de liaison n'est pas conservée par la structure.

Vous pouvez **remplir le tableau des vaccinations**, ou **joindre une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant** ou un certificat du médecin attestant que les vaccinations sont à jour. Ce document devra être envoyé en même temps que la fiche sanitaire de liaison.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MÉDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :