

Fiche d'inscription

A retourner accompagnée de votre règlement, à
EVAL Voyages siège au 15 rue des Tilleuls
67 600 EBERSHEIM

Si vous bénéficiez d'une participation financière de votre C.E

Code C.E*

Cachet de C.E*

*Le cas échéant

Réservé à nos services

Le participant

Nom de l'enfant.....

prénom

Date de naissance

Classe actuelle sexe M F

Nationalité

N° de tél. portable du participant

Taille Cm Tour de tête : cm Poids :

IMPORTANT

L'enfant a-t-il une **allergie sévère** ou un **handicap** ou **problème de santé sérieux** qu'il nous faille absolument prendre en compte **dès l'inscription** ?

Non Oui : précisez :

.....

.....

Pointure :

Le jeune vient-il avec un ami ? Si oui, nom et prénom

.....

.....

Les enfants souhaitent-ils être logés ensemble ? (Enfant de même sexe et de moins de deux ans d'écart d'âge)

Oui Non Indifférent

Informations complémentaires

Pour les séjours linguistiques :

Langue étudiées : Anglais : LV1 LV2 - Moyenne : /20 Espagnol : LV1 LV2 - Moyenne :/20

Pour les séjours à l'étranger :

Je joins la copie de sa pièce d'identité (passeport ou carte nationalité) à ce courrier.

La pièce d'identité est en cours de demande, j'enverrai la copie au plus tard 4 semaines avant le départ.

N.B : N'envoyez aucun original des papiers d'identités : ils doivent être présentés par le jeune le jour du départ.

Pour les séjours sportifs :

Le jeune pratique-t-il en club la discipline du séjour choisi ? Oui : depuis ans. Non

Pour les séjours comportant du ski : Débutant Niveau flocon Niveau 1^{ère}/2^e étoile niveau 3^{ème}/fléchette

Confirmé (flèche/chamois)

Les parents

Nom du représentant légal

E-mail

Adresse

.....

Code postal Ville

Pays

Tél. de la mère : Domicile : Bureau

Portable

Tél. du père : Domicile : Bureau

Portable

Profession de la mère profession du père

Situation de famille des parents : Mariés Vie maritale Veuf/Veuve Divorcés
 séparer célibataire

Personne à prévenir en priorité : Père Mère

Siège Social : 15 rue des Tilleuls 67 600 EBERSHEIM

Agence : 16 rue du Printemps 68100 MULHOUSE

Tél : +33 (3) 88 85 74 29 ou 03 89 42 49 63

Fax : +33 (9) 72 23 07 19

Mail : contact@eval-voyages.com

Web : www.eval-voyages.com

Sarl EVAL au capital de 30.000 EUR

Garantie Financière APST 200 000 Euros

RCS Colmar T1520921032 - APE 7912Z

RCP ALLIANZ IARD n° 086,880,486

Immatriculation ATOUT France IM067100022

Agrément Jeunesse et Sports 067ORG0445

Accréditation IATA 20-2 65243



Je règle en trois fois sans frais. Je joins 3 chèques, le premier égal à 30% de la somme. Je date tous les chèques à la date du jour ; il est inutile et illégal de les postdater. Eval voyage encaissera les deux derniers chèques de façon échelonnée.

***Somme due = séjour + éventuellement transport + assurance + licence d'équitation ou autre option**

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant

.....

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je déclare avoir pris connaissance des **conditions générales vente** et de la **charte de quantité et de sécurité de Eval voyages** et les accepter.

J'autorise le directeur à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaire par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, intervention chirurgicales).

Je m'engage, de plus, à rembourser la totalité des sommes avancées.

Fait à Le
Signature des parents ou tuteurs

Siège Social : 15 rue des Tilleuls 67 600 EBERSHEIM
Agence : 16 rue du Printemps 68100 MULHOUSE
Tél : **+33 (3) 88 85 74 29 ou 03 89 42 49 63**
Fax : +33 (9) 72 23 07 19
Mail : contact@eval-voyages.com
Web : www.eval-voyages.com

Sarl EVAL au capital de 30.000 EUR
Garantie Financière APST 200 000 Euros
RCS Colmar T1520921032 – APE 7912Z
RCP ALLIANZ IARD n° 086,880,486
Immatriculation ATOUT France IM067100022
Agrément Jeunesse et Sports 067ORG0445
Accréditation IATA 20-2 65243



Agrément : ACCREDITED AGENT



Garantie :

Fiche sanitaire

A amener au départ de l'enfant ou à mettre dans son sac (NE PAS NOUS L'ENVOYEZ)

I. Séjour

Centre :
Du...../...../.....au...../.....
Réf :
Nom du séjour :

II. Enfant

Nom : Prénom :
Sexe M F Poids : kg Date de naissance :/...../.....

III. Responsable de l'enfant

Nom :
Adresse :
Code postal Ville Pays
Tél. pédant le séjours

IV. Vaccinations

(A remplir à partir du carnet de santé ou des certifications de vaccination de l'enfant. Joindre, sous enveloppe cachetée portant le nom de l'enfant, la copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIER RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				R.o.R	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	
Ou Penta coq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec cette fiche sanitaire. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

V. Renseignements médicaux concernant l'enfant

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non
Si oui, lequel ?

.....
.....

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Doit-il garder des médicaments en permanences sur

lui ?
...
.....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Rhumatismes articulaires aigus	
<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	Scarlatine
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	Oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

L'enfant fait-il de l'asthme ? Allergique A l'effort. Non

Allergies :

Asthme : oui non Médicamenteuses : Oui Non

Alimentaire : Oui Non Autres : Oui Non

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

VI. Recommandations des parents

D'ordre médical (port de lentilles, de prothèse auditive, de prothèse dentaire, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

D'ordre général (régime alimentaire spécifique, comportement, etc.) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non



EVASION VACANCES ANIMATIONS LOISIRS



S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? Oui Non

VII. Divers

Au cas où vous seriez vous-même en vacances pendant le séjour de votre enfant, pouvez-vous indiquer comment vous joindre (adresse et numéro de téléphone) ?

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

Si vous souhaitez vous faire représenter par une tierce personne lors du retour de votre enfant, merci de préciser le nom de la personne venant le chercher ainsi que le lieu (centre, gare, lieu intermédiaire)

Nom : Prénom :

..... Lien avec l'enfant :

Téléphone :

N.B. : le représentant du séjour est habilité à demander de justifier de son identité a toute personne qui vient chercher l'enfant. Si vous l'autoriser à quitter seul le groupe, précisez à quel moment (du centre, en cours de trajet ou à l'arrivée du train)

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

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant

..... Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance des **conditions générales vente** et de **charte de Qualité** et de Sécurité de Eval voyages et les accepter. J'autorise le directeur a prendre le cas échéant toutes les mesures rendus nécessaires par l'état de l'enfant (traitement médicaux, hospitalisations, intervention, chirurgicales,). Je m'engage, de plus, à rembourser la totalité des sommes avancées.

Fait à Le

Signature des parents ou tuteurs

Siège Social : 15 rue des Tilleuls 67 600 EBERSHEIM
Agence : 16 rue du Printemps 68100 MULHOUSE
Tél : +33 (3) 88 85 74 29 ou 03 89 42 49 63
Fax : +33 (9) 72 23 07 19
Mail : contact@eval-voyages.com
Web : www.eval-voyages.com

Sarl EVAL au capital de 30.000 EUR
Garantie Financière APST 200 000 Euros
RCS Colmar TI520921032 – APE 7912Z
RCP ALLIANZ IARD n° 086,880,486
Immatriculation ATOUT France IM067100022
Agrément Jeunesse et Sports 067ORG0445
Accréditation IATA 20-2 65243



Agrément : ACCREDITED AGENT Garantie :