



PHOTO RECENTE
OBLIGATOIRE
(recent photo required)

REF. DE STAGE _____ du ___/___/___ au ___/___/___ ADMINISTRATION _____

Pension complète (Full Time Board) :

STAGIAIRE

Nom de l'enfant (Child's name) : _____ Prénom (First name) : _____

Date et lieu de naissance (Date and place of birth) : _____

Club : _____ Poste : _____ Taille : _____ Poids : _____

Droitier / gaucher Taille du "mini-kit" offert par Cap Girondins : 6/8 8/10 10/12 S/M L/XL

CORRESPONDANCE

Nom des parents ou responsables (Name of the parents or guardians) : _____

Adresse (Address) : _____

Code postal (Zip code) : _____ Ville (Town) : _____ Tél : _____

Profession du père (Father's occupation) : _____ Tél : _____

Profession de la mère (Mother's occupation) : _____ Tél : _____

Adresse e-mail : _____ Tél vacances : _____

DÉPLACEMENT (TRAVEL)

ALLER (ARRIVAL) Date : _____ : Date RETOUR (DEPARTURE)

Directement au centre (To the camp by car)

Directement du centre (From the camp by car)

PROVENANCE : _____ Par avion (By plane) Par avion (By plane) _____ : DESTINATION

N° VOL/TRAIN (Flight/Train n°) : _____ Par train (By train) Par train (By train) _____ : N° VOL/TRAIN (Flight/Train n°)

Heure d'arrivée (Arrival time) : ___ h ___ ___ h ___ Heure de départ (Departure time)

AIDE MEMOIRE DES PIECES A JOINDRE

Photocopie Attestation Carte Vitale

Photocopie Licence

Photocopie Attestation Mutuelle

Photo identité

Ne pas découper merci

La Fiche sanitaire



Nom de l'enfant (Child's name) : _____ Prénom (First name) : _____

Numéro de stage : _____ Date et lieu de naissance (Date and place of birth) : _____

VACCINATIONS (Immunization Records)

Le stagiaire est-il à jour de ses vaccinations ? oui non (Attention : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication)
Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

MALADIES (Diseases)

Varicelle (chickenpox) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	coqueluche (whooping cough) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	oreillons (mumps) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
rubéole (rubella) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	scarlatine (scarlet fever) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	rougeole (measles) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>
angine (angina) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	otite (ear infections) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>	asthme (asthma) non <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/>

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates.

(maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations)

Detail any other health problems (such as illnesses, accidents).



PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS

- Je soussigné(e) (*I, the undersigned,*), Monsieur ou Madame

autorise Monsieur ou Madame

à venir chercher mon enfant à la fin du stage.

NOM (*Name*):

Prénom (*First name*):

agissant en qualité de père - mère - tuteur ou responsable (1) (*acting as father - mother - guardian (1)*):

autorise la Direction du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales en cas de nécessité.
(*Authorize the camp management to obtain emergency medical care and transportation for my child, should the need arise*)

m'engage à rembourser sur présentation des justificatifs les frais médicaux avancés par Cap Girondins.
(*Will pay back on presentation of written proof any medical expense advanced by Cap Girondins*).

déclare avoir pris connaissance du prix total du séjour et m'engage à verser cette somme.
(*Have read the camp pricing and agree to honor the obligation of paying same*).

autorise la Direction à éventuellement utiliser, pour des raisons professionnelles, les photos prises avec mon enfant lors du stage.
(*Authorize the camp management to eventually use, for professional purposes, the photography of my child*)

autorise la direction du centre à reconduire mon enfant mineur à la gare (ou à l'aéroport) et la décharge de toute responsabilité sur le trajet retour.

m'engage à fournir un certificat médical d'aptitude et de non contagion à l'arrivée au centre et réalisé 10 jours au plus tôt avant le début du stage.

« Lu et approuvé » (*Read and approved*) à (at):
SIGNATURE :

le (date) :

N'oubliez pas de remplir, signer et retourner votre formulaire à : Agence de Voyages Aux 5 Continents inc. 19, St-Charles Borommée sud, suite 100, Joliette (Québec) J6E 4S8

RECOMMANDATIONS DES RESPONSABLES (*Guardians comments*):

> Actuellement l'enfant suit-il un traitement ? (*Is the child currently under treat*) non oui

Si oui, lequel ? (*If so what ?*)

(si l'enfant doit suivre un traitement pendant son séjour, n'oubliez pas de joindre l'ordonnance aux médicaments)

(*if the child is under treat, don't forget to provide the prescription with the medication*).

Documents sanitaires à fournir impérativement à l'inscription : photocopies d'attestation de la Carte Vitale et de la carte de Mutuelle.

NOM ET TEL. DU MEDECIN TRAITANT :

OBSERVATIONS ET SOINS DISPENSÉS EN COURS DE SÉJOUR. (Réservé à la Direction - *For management use only*)

Etat constaté

Date

Soins dispensés

Par