



Fiche d'inscription

Stage Tandem UFOLEP 36 – Sportjugend Thüringen Kreis Ilmenau 2025

Fiche à retourner avant le 15 mai 2025 à
Judith Cartier - UFOLEP, 23 Bd de la Valla, 36000 Châteauroux
ou par courriel à judith.cartier@gmail.com

ATTENTION : les inscriptions seront enregistrées selon leur ordre d'arrivée
Nombre de places limité à 12.

Acompte de 100€ obligatoire par chèque (ordre UFOLEP36) ou virement (IBAN FR76 1950 6400 0000 0831 1274 394). Le solde du règlement vous sera demandé plus tard car le montant du séjour est susceptible de baisser en fonction des réponses aux subventions demandées (aide de la Région Centre Val-de-Loire).

Nom du participant : Prénom :

Date et lieu de naissance : Sexe : M F

Numéro de téléphone du participant :

Etudie l'allemand depuis:.....ans - Actuellement en classe de :.....

Régime alimentaire :

Inscrit par : NOM, Prénom : Père / Mère /.....

Adresse : Rue :.....

Code postal : Commune :

Tél : E-mail :

Portable 1 : Portable 2 :

J'accepte que mon numéro soit utilisé pour le fil WhatsApp des parents durant le séjour (pour recevoir quelques nouvelles et photos)



Préférence pour le voyage vers Finsterbergen le 21 juillet : départ de Châteauroux / de Paris (gare de l'Est) (horaire à confirmer)

TARIFS ET CONDITIONS

La participation s'élève à **500€¹** (grâce à la participation de l'OFAJ et de la Région Centre Val-de-Loire) comprenant :

- L'hébergement en chambre de 4
- La pension complète
- 5h minimum d'animation linguistique/jour
- Activités sportives
- Sorties culturelles
- Voyage aller vers l'Allemagne et retour vers la France*

**) Les voyages du domicile pour Châteauroux ou Paris Gare de l'Est le 21 juillet et le retour de Le Blanc au domicile de l'enfant le 3 août sont à la charge des parents et sous leur responsabilité.*

Les déplacements vers l'Allemagne et de Finsterbergen à Le Blanc seront encadrés par l'équipe d'animation.

ATTENTION : lors du stage, le participant.e devra être en possession de la **Carte européenne d'assurance maladie** (délivrée par la Sécurité Sociale ou par certaines mutuelles), de sa **carte d'identité** en cours de validité et de l'**autorisation de sortie du territoire**. La fiche de liaison ci-dessous est également obligatoire pour l'inscription.

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom – Prénom :

Adresse : Code Postal :

Commune :

Tél : Mail :

J'autorise mon fils/ma fille..... à participer au séjour franco-allemand mentionné ci-dessus

DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'équipe d'encadrement à prendre mon enfant en photo ou en vidéo. L'utilisation de ces images servira exclusivement à promouvoir les actions des organisations participantes.

Nom, date et signature du (des) parent(s), tutrice ou tuteur légal(e)

¹ Tarif susceptible de baisser en fonction des réponses aux subventions demandées



FICHE SANITAIRE DE LIAISON (obligatoire pour les mineurs)

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA DÉTRUITE À LA FIN DU SÉJOUR.

1. ENFANT

NOM : _____

Prénom _____

Date de naissance : _____

2 - VACCINATIONS (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				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

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 oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME 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...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON - OUI - OCCASIONNELLEMENT

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON - OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF)

Je soussigné(e), _____ 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 mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation

Date :

Signature :