

ADO

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Mail : _____

Téléphone : _____

PARENT 1

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Mail : _____

Adresse postal : _____

Téléphone : _____

INSCRIPTIONS – VACANCES DE FÉVRIER

Formules proposées

- Formule semaine : inscription à toutes les après-midis, pour un coût de 35 €.
- Formule demi-journée : inscription aux demi-journées de votre choix, pour un coût de 5 € par demi-journée.
- Exception : le mercredi (événements spéciale), le tarif est de 15 €.
- Il est possible de s'inscrire à plusieurs demi-journées.

FONCTIONNEMENT

- Horaires : de 14h à 18h, à la salle Champs Fontaine (Route de Péron, 01630 Péron).
- Les ados s'engagent à rester durant l'intégralité du créneau (14h-18h).
- En cas d'absence ou d'empêchement, aucun remboursement ne sera effectué, sauf sur présentation d'un justificatif médical.

Journée patinoire - Raclette

RDV à 8h45 pour une sortie glisse à la patinoire de Meyrin
Retour à Péron vers 13h10 et là... le meilleur moment arrive, raclette tous ensemble pour reprendre des forces

MERCREDI 11 FÉVRIER :

- 08h45 → RDV Salle Champ fontaine
- 13h30 → Raclette
- 16h30 → Fin de la journée

Tarif exceptionnel : 15 €

lundi 9 Février

Mardi 10 février

Mercredi 11 février

Jeudi 12 février

Vendredi 13 février

Among us
hivernal

Biathlon 2.0

Patinoire -
Raclette

Tournois de
Hockey

A vous de
décider !



PAIEMENT :

- ☐ Espèces - Date du paiement : _____
- ☐ Chèque - Date du paiement : _____
- ☐ Virement (RIB en pièce jointe) - Date du paiement : _____

IBAN / FR76 1780 6004 2004 1573 0254 521 /

BIC / AGRIFRPP878 /FAMILLES RURALES ENFANCE ET JEUNESSE - FR PERON

Merci d'indiquer le nom de l'ado lors du paiement, quel que soit le mode choisi.

Fait à _____

Le _____

Signature :

ADO

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Mail : _____

Téléphone : _____

J'autorise mon ado à être pris en photo / vidéo : (Pour Instagram / Discord / Facebook / Etc ...)

OUI

NON

PARENT 1

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Mail : _____

Adresse postal : _____

Téléphone : _____ Téléphone Pro : _____

PARENT 2

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Mail : _____

Adresse postal : _____

Téléphone : _____ Téléphone Pro : _____

J'autorise mon ado à partir seul : OUI NON

Si non, personnes habilitées à récupérer mon ado.

Nom et prénom : _____ Tel : _____

Nom et prénom : _____ Tel : _____

Nom et prénom : _____ Tel : _____

VACCINATIONS

! Photocopie carnet de santé obligatoire !

Si l'ado n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

VACCINS	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS	DATES
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser)	

L'ado a-t'il un traitement médical

OUI ☐NON ☐

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants.

(boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origines marquées au nom de l'ado avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

Médecin traitant : _____

Téléphone : _____

N° de sécurité sociale de l'ado : _____

L'ADO A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?Cocher si oui ☒

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	OREILLONS	SCARLATINE	COQUELUCHE	ROUGEOLE	OTITE

ASTHME	ALIMENTAIRES	MÉDICAMENTEUSES
OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

DIFFICULTÉS DE SANTÉ ET PRÉCAUTIONS À PRENDRE:

INFOS IMPORTANTES : (LUNETTES/LENTILLES/PROTHÈSES/ ETC ...)

RÉGIME ALIMENTAIRE : _____

BAIGNADE OUI ☐ NON ☐ SE DÉBROUILLE ☐

Je soussigné(e), _____
responsable légal de l'enfant, déclare exact les renseignements
portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas
échéant, toutes mesures(traitement médical, hospitalisation,
intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'ado.
J'autorise aussi également, si nécessaire, le directeur du séjour à
faire sortir mon ado de l'hôpital après une hospitalisation.

Fait à _____

Le _____

Signature :