

Le Participant

NOM: _____ Sexe:
Prénom: _____
Date de naissance: / /
Séjour choisi:
Dates: Du / / Au / /

PHOTO RECENTE
OBLIGATOIRE

Personnalité: Calme Dynamique Indépendant Timide Sociable S'adapte facilement S'adapte difficilement

Loisirs et sports pratiqués: _____

Votre enfant fume-t-il ? Oui Non Numéro de portable: _____

(attention, certaines restrictions s'appliquent concernant la cigarette. Se référer au Guide Pratique, envoyé 1 mois avant le départ)

Classe actuelle: CM1 CM2 6^{ème} 5^{ème} 4^{ème} 3^{ème} 2^{nde} 1^{ère} T^{ale} Autre: _____

No d'années d'étude de langue du pays choisi: _____ ans LV1 LV2 Niveau dans cette langue Bon Moyen Faible Classe Européenne ?

Indications Médicales: (merci d'également remplir de façon très détaillée la Fiche Sanitaire de Liaison jointe à cette Fiche d'Inscription)

Allergies: _____

Autres conditions médicales, affectant le participant (à détailler sur la Fiche Sanitaire de Liaison)

Asthme Enurésie Handicap physique Etat dépressif Convulsions Régime/habitudes alimentaire particulières: _____

Traitements en cours: (joindre certificat médical) _____

Les Parents/Tuteurs

Situation familiale Mariés En concubinage Célibataire Séparés Divorcés Veuf(ve)

En cas de séparation, indiquez qui a la garde légale du jeune: Père Mère Autre (nom): _____

PERSONNE AYANT LA GARDE DE L'ENFANT (EN MAJUSCULES SVP)

Nom de famille:

Prénom:

Adresse postale:

Tél maison:

Tél Travail:

Portable:

(un de ces numéros doit être contactable 24h sur 24 en cas d'urgence)

EMAIL:

(une adresse email est essentielle pour l'envoi de certains documents)

Profession: _____

2EME PARENT OU AUTRE CONTACT (OBLIGATOIRE)

Nom de famille:

Prénom:

Tél maison:

Portable:

EMAIL:

Lien de parenté avec l'enfant: _____

SOUHAITS PARTICULIERS DES PARENTS:

Options et Hébergement

Option Sport

Niveau (classement, galop...): _____ Déb. Moyen Compét.

Poids: _____ Taille (cm): _____ Pointure: _____

Option Musique

Instrument pratiqué: _____

Niveau: Débutant Moyen Avancé

Hébergement en Famille d'Accueil

Seul francophone dans la famille d'accueil (ne s'applique pas à certains séjours comme Music Live, Extrêmes Sports) voudrait être hébergé avec un camarade qui s'appelle: _____

Indifférent avec autre jeune francophone ou camarade qui s'appelle: _____

Hébergement en Résidence

Règlement sur les sorties du soir non accompagnées

Ce règlement concerne les sorties du soir non accompagnées d'un adulte et non organisées par Anglophiles:

Séjour en famille: 7-14 ans: non permises 15 ans et +: jusqu'à 22h, 3 fois par semaine

(La permission de sortir reste toujours à la discrétion de la famille d'accueil)

Remarques des parents: Nous autorisons notre enfant (15 ans ou plus uniquement) à sortir selon le règlement de Globe Linguistique ci-dessus

Nous n'autorisons pas notre enfant à sortir non accompagné d'un adulte le soir

Séjour en résidence: Les sorties du soir ne sont pas permises quel que soit l'âge du participant

Pré/Post Acheminements

Souhaitez-vous que Globe Linguistique organise le voyage de votre enfant au départ de province?

Non Oui, depuis: _____ (ville de départ)

Assurance Annulation

Souhaitez-vous souscrire à l'assurance annulation facultative comme décrite dans les conditions

Oui Non

Engagement

Utilisation de l'image: Globe Linguistique se réserve le droit d'utiliser les photos/vidéo des participants prises pendant les séjours pour illustrer tout document de présentation de ses séjours, sauf avis contraire par courrier recommandé 4 semaines avant le séjour de l'enfant.

Je soussigné(e) _____, père, mère, tuteur légal (rayer les mentions inutiles), autorise le Directeur du Centre ou la famille d'accueil chez qui mon enfant sera affecté à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer, le cas échéant, les interventions chirurgicales urgentes, suivant les prescriptions médicales.

A: _____ le: _____ Signature: _____

Date: _____ Client Code: _____ FM ATTES

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

PRENOM DU PARTICIPANT :

NOM DE FAMILLE :

DATE DE NAISSANCE : / / SEXE: F M

SEJOUR CHOISI :

DATES : Du / / Au / /

VACCINATIONS (voir carnet de santé)

En cas de contre-indications, fournir un certificat médical

TYPE DE VACCIN	DATE DE VACCINATION	DATE DU 1ER RAPPEL	DATE DU DERNIER RAPPEL	OBSERVATIONS
BCG				
ANTIVARIOLIQUE				
DT POLIO OU POLIO				
DT COQ OU DETRACOO				
ROR				
AUTRES VACCINS				

Si l'enfant n'est pas vacciné, merci d'en préciser la raison :

MALADIES - ALLERGIES

Votre enfant a-t'il déjà eu:

	OUI	NON		OUI	NON
Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:	
Otites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:	
Asthme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:	
Rhumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Localisation:	
Allergies aux médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels:	
Allergies alimentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles:	
Autres allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles:	
Régime alimentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel:	

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement médical? Lequel :

Si l'enfant doit subir un traitement pendant son séjour, ne pas oublier de joindre l'ordonnance aux médicaments.

Veuillez indiquer sur page séparée et avec le plus de détails possible, toute autre difficulté de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, énurésie...).

RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR L'ENFANT

	OUI	NON	
Porte t-il des lunettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:
Porte-t-il des verres de contact?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:
Porte-t-il un appareil dentaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:
Mouille-t-il son lit? *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence:
* Si oui, remettre obligatoirement une alaise et des protections à votre enfant. Notre assurance ne couvre en aucun cas les dégats occasionnés.			
S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MEDECIN TRAITANT

NOM: TELEPHONE:

ADRESSE:

RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ENGAGEMENT : Je soussigné (e), responsable, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures jugées utiles en cas d'urgence (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

En cas de refus, Globe Linguistique est dégagé de toute responsabilité.

Signature du responsable de l'enfant:	Nom du responsable de l'enfant:	Date: