

Capital Culturel Européen

BP 45 - 2, Grande Rue de la Coupée
71850 CHARNAY-lès-MACON
Tél. 03 85 20 54 85 - Fax 03 85 34 47 04
email : info@c-c-europeen.org
www.c-c-europeen.org

 [capitalcultureleuropeen](https://www.facebook.com/capitalcultureleuropeen)



NOM : _____

PRÉNOM : _____

IRLANDE ONE TO ONE

RÉGION DU CONNEMARA

DOSSIER D'INSCRIPTION

SÉJOUR IMMERSION

Samedi 7 au samedi 21 juillet 2018

TARIFS IMMERSION «ONE TO ONE»

Assurance
annulation

Avec 20 heures de cours

2 220 €

85 €

Prix par personne, calculé sur la base de 10 **participants minimum**

ASSURANCE ANNULATION :

(montant à régler en supplément de l'acompte)

OUI

NON

Dossier d'inscription à nous retourner

Remplir ce bulletin d'inscription et nous retourner avec les éléments suivants :

- **600 €** d'acompte + **montant de l'assurance annulation si option choisie**. Règlement possible par chèque, carte bancaire (par téléphone) + chèques-vacances (30% du coût total du séjour) ou espèces.
- **2 photos d'identité** (récentes).
- **La fiche sanitaire de liaison** dûment remplie.
- **Copie recto-verso (sur la même page) de la pièce d'identité du participant** + copie de l'autorisation de sortie du territoire + copie pièce d'identité du parent signataire.

Formalités :

- Carte nationale d'identité ou passeport individuel (en cours de validité durant toute la durée du séjour) + autorisation de sortie du territoire + copie pièce identité du parent signataire (si votre enfant ne porte pas le même nom de famille que vous merci de joindre également une copie du livret de famille).
- Carte européen d'assurance maladie.

Conditions spécifiques :

- Je reconnais avoir pris connaissance des conditions générales ci-jointes (voir au dos) et des conditions ci-dessous.

Je m'engage à verser un chèque d'acompte de **600 €** au moment de l'inscription et le **solde** du séjour **1 MOIS avant le départ**.

- Les participants sont hébergés dans une **famille d'accueil** et sont placés sous la responsabilité de celle-ci, aucune autorisation de sortie non accompagnée ne sera accordée le soir.
- Les jeunes sont placés sous la responsabilité des accompagnateurs CCE pendant les trajets en autocar et pendant les journées d'activités prévues dans le programme. Toute inconduite grave, pendant le séjour ou durant les voyages conduira au renvoi du participant en France **aux frais de ses parents**.
- J'autorise les accompagnateurs à prendre toutes les dispositions nécessaires pour hospitaliser ou faire opérer mon enfant en cas d'urgence.

Comment avez-vous connus CCE ? :

PHOTO

NOM : _____

PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ VILLE : _____

SEXE : F M NATIONALITÉ : _____

ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE FRÉQUENTÉ : _____ CLASSE : _____

NIVEAU DE LANGUE : Bon Moyen Faible 1ER SÉJOUR A L'ÉTRANGER OUI NON

CENTRES D'INTÉRÊT/HOBBIES : _____

DEMANDE PARTICULIÈRE : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS

	PÈRE	MÈRE
Nom		
Prénom		
Adresse (si différente de celle de l'enfant)		
Profession		
Téléphone fixe*		
Téléphone portable*		
Mail		

*(précisez obligatoirement un téléphone)

RENSEIGNEMENTS PARTICIPANT (à compléter avec soin) ET JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA FICHE DE LIAISON SANITAIRE JOINTE Cerfa n° 10008*02

ALLERGIE(S)/PROBLÈMES DE SANTÉ/PHOBIES OUI NON Précisez : _____

RÉGIME PARTICULIER (médical, autres...) : OUI NON Précisez : _____

ÉNURÉSIE OUI NON FUMEUR OUI NON

AMÉNAGEMENTS PARTICULIERS : _____

NOMBRES DE FRÈRES ET SŒURS (précisez leur âge) : FRÈRES : _____

SŒURS : _____

ANIMAUX FAMILIERS : _____

PRATIQUEZ-VOUS UN SPORT, UNE ACTIVITÉ CULTURELLE ? _____

Je soussigné (e), _____ accepte que mon enfant _____

participe au séjour en Irlande One To One du 07 juillet au 21 juillet 2018.

Fait à _____ Le _____

Signature des deux parents obligatoire avec la mention « Lu et approuvé »



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON

FILLE

DATES ET LIEU DE SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG, Hépatite B, Rubéole-Oreillons-Rougeole, Coqueluche, 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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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 ? oui non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui non

5. RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT PENDANT LE SÉJOUR :

NOM : _____ PRENOM : _____

ADRESSE (pendant le séjour) : _____

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : _____ BUREAU : _____

N° SÉCURITÉ SOCIALE : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) : _____

L'ENFANT BÉNÉFICIE-T-IL : DE LA CMU D'UNE PRISE EN CHARGE S.S À 100%

Fournir les attestations (CMU et prise en charge SS).

Je soussigné,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 (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : _____

Signature : _____

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Prénom(s) :
Né(e) le : / / à (lieu de naissance) :
Pays de naissance :

2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION

Nom (figurant sur l'acte de naissance) :
Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) :
Prénom(s) :
Né(e) le : / / à (lieu de naissance) :
Pays de naissance : Nationalité :
Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :
 Père Mère Autre (préciser) :
Adresse :
N° (bis, ter) Type de voie Nom de la voie
Code postal : / / Commune :
Pays :
Téléphone (recommandé) : ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Courriel (recommandé) :

3. DURÉE DE L'AUTORISATION

La présente autorisation est valable jusqu'au : / / inclus.
Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.
Exemple : une autorisation signée le 1^{er} septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.

4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »⁽¹⁾ :
DATE : / / Signature du titulaire de l'autorité parentale :

⁽¹⁾ Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION ⁽¹⁾ :

Type de document (cocher la case) : Carte nationale d'identité Passeport Autre (Préciser :)⁽²⁾

Délivré(e) le : / /

Par (autorité de délivrance) :

⁽¹⁾ La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.

⁽²⁾ Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans ; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un État partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité ; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.

RAPPEL : « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »