

Capital Culturel Européen

50, chemin du bois d'Alier
Zone des Berthilliers
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

RÉGION DU CONNEMARA

DOSSIER D'INSCRIPTION

SÉJOUR LINGUISTIQUE CLASSIQUE

Dimanche 7 au samedi 20 juillet 2019

TARIFS : COURS ET ACTIVITÉS	COCHER	Assurance annulation
Tarif 1 participant dans la famille d'accueil <i>Attention les familles irlandaises peuvent accueillir un autre étudiant étranger</i>	1650 €	65 €
Tarif 2 participants dans la famille d'accueil <i>Souhaite être hébergé(e) avec :</i>	1599 €	

Prix par personne, calculé sur la base de 35 participants

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**.
- Pour les activités sportives, prévoir chaussures et vêtements de sport, ainsi qu'une veste imperméable.
- **Les conditions météorologiques pourront entraîner la modification ou la suppression de certaines activités. Des activités alternatives seront alors proposées ou, si le programme du voyage le permet, l'ordre des activités pourra être modifié.**
- J'autorise les accompagnateurs à prendre toutes les dispositions nécessaires pour hospitaliser ou faire opérer mon enfant en cas d'urgence.

Comment avez-vous connu 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 DE COMPAGNIE : _____

PRATIQUEZ-VOUS UN SPORT, UNE ACTIVITÉ CULTURELLE ? _____

Je soussigné (e), _____ accepte que mon enfant

participe au séjour en Irlande du **7 au 20 Juillet 2019**.

Fait à _____ Le _____

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

**AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)
D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**

(article 371-6 du code civil; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation de sortie du territoire d'un mineur non accompagné par un titulaire de l'autorité parentale; arrêté du 13 décembre 2016)

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. »



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

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).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT Polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCC					

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	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

ALLERGIES : ASTHME ALIMENTAIRES MÉDICAMENTEUSES 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.

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

NOM : _____ PRÉNOM : _____

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