

Pour une utilisation optimale, merci de télécharger ce formulaire et de le remplir en intégralité.
Une fiche sanitaire par enfant est également à télécharger et compléter.
Merci de nous renvoyer ces documents à l'adresse mail suivante : **contact@esfplagnebellecote.com**

Nom (parent) :

Prénom (parent) :

Adresse mail :

Dates du début du séjour

Téléphone mobile :

Station de résidence (ex : Plagne Bellecôte/Plagne Centre...) :

Prix par personne :

- Activité (6-12ans) :** $\frac{1}{2}$ journée : 35€ | 1 Matin + 1 Après-midi : 60€ | 1 journée (garde midi) : 70€
5 x $\frac{1}{2}$ journées : 140€ | 5 Matins + 5 Après-midi : 250€ | 5 journées : 280€

Attention : certaines activités requièrent un âge ou une taille minimum - Mardi & jeudi = journées contiunes

- Veillée ado (13 ans minimum) :** 1 veillée : 10€ / 3 veillées : 25€

NOM (Enfant)	PRENOM (Enfant)	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Veillée ado	Choix activité matin apm midi repas*	Montant total €
			Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi		
			Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi		
			Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi		
			Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi		
			Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi		

***Option repas :** repas servi dans un restaurant de la station (pique-nique les jours en extérieur). Prix du repas = 5,50€.

Si vous souhaitez fournir un pique nique à votre enfant, décocher les cases repas. Organisation sur place, en fonction du programme et de la météo. Repas assuré à partir de 4 enfants.

-> Pour bénéficier du tarif remisé à partir du 2ème enfant du même foyer (-20%), joindre une copie du livret de famille.

-> Pour les enfants domiciliés sur la comcom des Versants d'Aime, merci de joindre un justificatif de domicile.

Règlement : /!\ Pour réserver en amont, le règlement des arrhes* se fait **par virement uniquement**.

Montant : (Au choix : minimum 50€ par enfant ou la totalité).

Si le montant est inférieur au montant minimum demandé (50€), il faut donc solder la prestation.

Virement bancaire :

Si le nom de famille du compte émetteur est différent de

celui de la réservation, **merci de le préciser :** Mr/Mme.....

IBAN (International Bank Account Number)

FR76 1680 7000 0683 7584 0219 786

CODE BIC (Bank Identification Code) - Code swift

CCBFRPPG

* En cas de renonciation/annulation du fait du client, les arrhes ne sont pas remboursables.

FICHE SANITAIRE DE LIAISON -

L'ENFANT

Nom de l'enfant* :
Prénom de l'enfant* :
Date de naissance* :
Taille de l'enfant* :

ANTECEDENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical* : Oui
Si oui, lequel ?
A-t-il des médicaments à prendre pendant la journée ? * Oui
Si oui, lesquels ?

Allergies* : Asthme* Oui
Alimentaires* Oui
Médicamenteuses* Oui

Si oui, pouvez-vous préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

REPAS LE MIDI – REGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?* Oui

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous d'autres informations à nous transmettre concernant votre enfant (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives... ou autre) ?

L'enfant sait-il nager ?* Oui Non

VACCINATION

Vaccins obligatoires	Fait	Vaccins recommandés	Fait
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser) :	

DROIT A L'IMAGE

Les enfants seront pris en photo durant les journées d'activités. Ces photos vous seront transmises en privé si vous le souhaitez et seront aussi susceptibles d'être utilisées pour la communication. Dans ce cadre, acceptez-vous que vos enfants soient pris en photo ou filmés* : **Oui Non**

En acceptant, vous vous engagez à ne faire aucune restriction du droit à l'image de votre enfant et à ne demander aucune contrepartie au Bellecôte summer camp by esf.

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

1 ^{er} CONTACT			2 ^{ème} CONTACT		
Nom* :			Nom* :		
Prénom* :			Prénom* :		
Lien avec l'enfant* :	Père	Mère	Lien avec l'enfant* :	Père	Mère
	Autre :			Autre :	
N° de téléphone* :			N° de téléphone* :		

Je, soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Bellecôte Summer Camp by esf à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON -

L'ENFANT

Nom de l'enfant* :
Prénom de l'enfant* :
Date de naissance* :
Taille de l'enfant* :

ANTECEDENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical* : Oui
Si oui, lequel ?
A-t-il des médicaments à prendre pendant la journée ? * Oui
Si oui, lesquels ?

Allergies* : Asthme* Oui
Alimentaires* Oui
Médicamenteuses* Oui

Si oui, pouvez-vous préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

REPAS LE MIDI – REGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?* Oui

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous d'autres informations à nous transmettre concernant votre enfant (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives... ou autre) ?

L'enfant sait-il nager ?* Oui Non

VACCINATION

Vaccins obligatoires	Fait	Vaccins recommandés	Fait
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser) :	

DROIT A L'IMAGE

Les enfants seront pris en photo durant les journées d'activités. Ces photos vous seront transmises en privé si vous le souhaitez et seront aussi susceptibles d'être utilisées pour la communication. Dans ce cadre, acceptez-vous que vos enfants soient pris en photo ou filmés* : **Oui** **Non**

En acceptant, vous vous engagez à ne faire aucune restriction du droit à l'image de votre enfant et à ne demander aucune contrepartie au Bellecôte summer camp by esf.

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

1 ^{er} CONTACT			2 ^{ème} CONTACT		
Nom* :			Nom* :		
Prénom* :			Prénom* :		
Lien avec l'enfant* :	Père	Mère	Lien avec l'enfant* :	Père	Mère
	Autre :			Autre :	
N° de téléphone* :			N° de téléphone* :		

Je, soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Bellecôte Summer Camp by esf à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON -

L'ENFANT

Nom de l'enfant* :
Prénom de l'enfant* :
Date de naissance* :
Taille de l'enfant* :

ANTECEDENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical* : Oui
Si oui, lequel ?
A-t-il des médicaments à prendre pendant la journée ? * Oui
Si oui, lesquels ?

Allergies* : Asthme* Oui
Alimentaires* Oui
Médicamenteuses* Oui

Si oui, pouvez-vous préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

REPAS LE MIDI – REGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?* Oui

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous d'autres informations à nous transmettre concernant votre enfant (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives... ou autre) ?

L'enfant sait-il nager ?* Oui Non

VACCINATION

Vaccins obligatoires	Fait	Vaccins recommandés	Fait
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser) :	

DROIT A L'IMAGE

Les enfants seront pris en photo durant les journées d'activités. Ces photos vous seront transmises en privé si vous le souhaitez et seront aussi susceptibles d'être utilisées pour la communication. Dans ce cadre, acceptez-vous que vos enfants soient pris en photo ou filmés* : **Oui Non**

En acceptant, vous vous engagez à ne faire aucune restriction du droit à l'image de votre enfant et à ne demander aucune contrepartie au Bellecôte summer camp by esf.

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

1 ^{er} CONTACT			2 ^{ème} CONTACT		
Nom* :			Nom* :		
Prénom* :			Prénom* :		
Lien avec l'enfant* :	Père	Mère	Lien avec l'enfant* :	Père	Mère
	Autre :			Autre :	
N° de téléphone* :			N° de téléphone* :		

Je, soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Bellecôte Summer Camp by esf à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON -

L'ENFANT

Nom de l'enfant* :
Prénom de l'enfant* :
Date de naissance* :
Taille de l'enfant* :

ANTECEDENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical* : Oui
Si oui, lequel ?
A-t-il des médicaments à prendre pendant la journée ? * Oui
Si oui, lesquels ?

Allergies* : Asthme* Oui
Alimentaires* Oui
Médicamenteuses* Oui

Si oui, pouvez-vous préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

REPAS LE MIDI – REGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?* Oui

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous d'autres informations à nous transmettre concernant votre enfant (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives... ou autre) ?

L'enfant sait-il nager ?* Oui Non

VACCINATION

Vaccins obligatoires	Fait	Vaccins recommandés	Fait
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser) :	

DROIT A L'IMAGE

Les enfants seront pris en photo durant les journées d'activités. Ces photos vous seront transmises en privé si vous le souhaitez et seront aussi susceptibles d'être utilisées pour la communication. Dans ce cadre, acceptez-vous que vos enfants soient pris en photo ou filmés* : **Oui Non**

En acceptant, vous vous engagez à ne faire aucune restriction du droit à l'image de votre enfant et à ne demander aucune contrepartie au Bellecôte summer camp by esf.

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

1 ^{er} CONTACT			2 ^{ème} CONTACT		
Nom* :			Nom* :		
Prénom* :			Prénom* :		
Lien avec l'enfant* :	Père	Mère	Lien avec l'enfant* :	Père	Mère
	Autre :			Autre :	
N° de téléphone* :			N° de téléphone* :		

Je, soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Bellecôte Summer Camp by esf à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON -

L'ENFANT

Nom de l'enfant* :
Prénom de l'enfant* :
Date de naissance* :
Taille de l'enfant* :

ANTECEDENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il actuellement un traitement médical* : Oui
Si oui, lequel ?
A-t-il des médicaments à prendre pendant la journée ? * Oui
Si oui, lesquels ?

Allergies* : Asthme* Oui
Alimentaires* Oui
Médicamenteuses* Oui

Si oui, pouvez-vous préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler) :

REPAS LE MIDI – REGIME ALIMENTAIRE

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ?* Oui

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Avez-vous d'autres informations à nous transmettre concernant votre enfant (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives... ou autre) ?

L'enfant sait-il nager ?* Oui Non

VACCINATION

Vaccins obligatoires	Fait	Vaccins recommandés	Fait
Diphtérie		Hépatite B	
Tétanos		Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite		Coqueluche	
Ou DT polio		BCG	
Ou Tétracoq		Autres (préciser) :	

DROIT A L'IMAGE

Les enfants seront pris en photo durant les journées d'activités. Ces photos vous seront transmises en privé si vous le souhaitez et seront aussi susceptibles d'être utilisées pour la communication. Dans ce cadre, acceptez-vous que vos enfants soient pris en photo ou filmés* : **Oui Non**

En acceptant, vous vous engagez à ne faire aucune restriction du droit à l'image de votre enfant et à ne demander aucune contrepartie au Bellecôte summer camp by esf.

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

1 ^{er} CONTACT			2 ^{ème} CONTACT		
Nom* :			Nom* :		
Prénom* :			Prénom* :		
Lien avec l'enfant* :	Père	Mère	Lien avec l'enfant* :	Père	Mère
	Autre :			Autre :	
N° de téléphone* :			N° de téléphone* :		

Je, soussigné, _____ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Bellecôte Summer Camp by esf à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :