



FICHE D'INSCRIPTION STAGES 2018

A renvoyer à : **AB Camps****2D RUE DES ACACIAS – 68400 RIEDISHEIM****Une QUESTION, Un NUMERO : 06.08.53.76.83**

NOM du STAGIAIRE : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Club :

Adresse :

Code Postal : Ville : Téléphone :

Obligatoire
COLLER
VOTRE
PHOTO

ADRESSE E-MAIL : Tee-Shirt : 9/11 ans – XS - S - M - L - XL - XXL

 J'inscris mon enfant au stage suivant : **ATTENTION ! POUR S'INSCRIRE A 2 STAGES, VEUILLEZ REMPLIR 2 FICHES**

| DATE | DISCIPLINE | LIEU | REFERENCE |
|-------|------------|-------|-----------|
| | | | |

INTERNE Le stagiaire est-il amené sur place ?
 OUI NON
 Si vous cochez "non" le lieu d'arrivée sera :
 Gare Mulhouse Aéroport Mulhouse
 Un ramassage gratuit est mis en place pour ces deux lieux

Le stagiaire est-il amené sur place ? OUI NON
 Si vous cochez "non" le lieu de ramassage sera :
 Kingersheim Morschwiller Lutterbach
 Centre Sportif Mulh Riedisheim Gare de Mulhouse
Une participation de 20 € pour la semaine sera demandée.

Carte de Membre AB Camps. 30 € OBLIGATOIRE 30 EUROS
ZILLISHEIM (DP/Int) Or 45/75€ Argent 30/50€ Bronze 25/40€

MULHOUSE (DP/Int) Or 45/75€ Argent 30/50€ Bronze 25/40€

Attention ! Nous avons opté pour des montants de réduction pour simplifier

 Option « **2 SEMAINES CONSECUTIVES** » (tarif SPECIAL)

 Option **PACKAGE TEXTILE ABCAMPS (30 €)**(SHORT + MAILLOT)

 Option "**Transport MINIBUS ZILLISHEIM**" (20 €)

 Option "**ASSURANCE – ANNULATION**" (25 €)

 Option "**Voyage Accompagné**" Paris (98€) Lyon (78€)

 Réduction de **30 €** pour **DEUXIEME ENFANT** NON cumulable avec label CLUB

 Réduction de **50 €** INSCRIPTION AVANT LE **1 JANVIER** (NON CUMULABLE avec Label)

 Réduction ***CE (IRCOS : FRACAS / CEZAM)** (5% du PRIX du Stage) - Hors prix CLUB

 Réduction **PARRAINAGE (25 € / filleul)** Nbre de filleul : **x 25 € =**

 Autres **REDUCTIONS : MVP 2017 / MIP 2017, etc...** (Merci de joindre une photocopie)

TOTAL A PAYER

*Labels AB Camps : merci de joindre une photocopie de la licence

*Réduction Comités d'Entreprises : tampon obligatoire

 Je règle par : Chèque Chèque ANCV Bons CAF Espèces

ADHESION – URGENGE - CONDITIONS D'INSCRIPTIONS

Je demande l'adhésion de mon enfant à l'association AB Camps. Le montant de celle-ci (carte de membre) est de 30 € par participant. J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour. En cas d'urgence, j'autorise le directeur du centre à prendre les mesures médicales nécessaires. **J'ai pris connaissance et accepte les conditions générales d'inscriptions présentées au verso.**

A, le/...../.....

SIGNATURE :

Pour être validée, toute fiche doit être complètement remplie, accompagnée d'un chèque de **30 EUROS** pour la carte de membre, d'un chèque d'arrhes de **120 Euros** par STAGE, d'une photocopie de l'attestation d'assuré social, de **3 ENVELOPPES (16 x 23 CM)** affranchies au tarif **entre 20 g et 50 g** à votre adresse, de la **FICHE SANITAIRE** et de l'autorisation du **DROIT D'IMAGE** (ni agrafe, ni trombone)
ATTENTION ! Les réductions et autres remises ne sont pas cumulables. La meilleure remise sera validée, mais il ne sera plus possible de cumuler des réductions qu'elles soient périodiques ou annuelles

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS RETENU

Autorisation d'utilisation de droit d'image de mineurs

Nom : Prénom :

Adresse :

A l'attention d'**AB CAMPS**
2D Rue des acacias
68400 RIEDISHEIM
Tel : 06.08.53.76.83
E-MAIL : contact@abcamps.fr

A....., le 2018

Je soussigné, parent de,
autorise par la présente l'association **AB CAMPS** à reproduire et à diffuser le(s) œuvre(s) identifié(es)
ci-dessous :

LES PHOTOS ET LES PRISES D'IMAGES REALISEES DURANT LES STAGES **AB CAMPS**
DANS LA PERIODE DU **01 JANVIER AU 31 DECEMBRE 2018**. CES PHOTOS ET IMAGES
DE FILMS PERMETTRONT ESSENTIELLEMENT AUX PARENTS DESIREUX DE SUIVRE
LEURS ENFANTS DURANT LES STAGES GRACE A UNE MISE EN LIGNE REGULIERE DE
NOTRE SITE INTERNET DESIGNÉ A L ADRESSE SUIVANTE : www.abcamps.fr

Valable pour une période de **3 ANS**, cette autorisation pourra être révoquée à tout moment. Cette
révocation devra être faite par un courrier adressée à l'association **AB CAMPS** adressé en
recommandé.

Le présent document n'autorise pas l'association **AB CAMPS** de céder ou de concéder un quelconque
droit d'auteur attaché aux œuvres mentionnées ci-dessus.

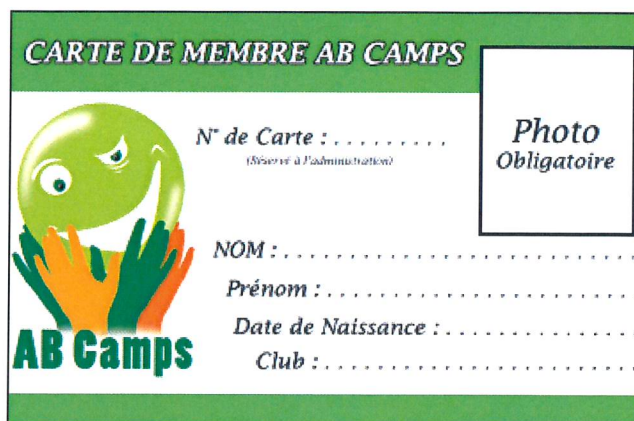
Signature des Parents ou du représentant légal :



Conditions Générales de Ventés

L'inscription d'un stagiaire sera validée par la réception de la fiche d'inscription dûment remplie et
nécessairement accompagnée du **montant de la cotisation annuelle** (Carte d'adhérent à **AB CAMPS**)
de **30 EUROS** par participant (payable exclusivement par CHEQUE BANCAIRE ou en ESPECES) et
le montant des arrhes, soit **120 EUROS** par enfant qui pourra être payé en BONS CAF, CHEQUES
VACANCES, CHEQUES BANCAIRES ou en ESPECES. **CONFIRMATION DE**
L'INSCRIPTION : Entre 30 et 21 jours avant le début du camp, vous recevrez une convocation qui
précisera les horaires ainsi que des détails techniques propres au séjour. **PAIEMENT DU SEJOUR**
ET ANNULATION : Le montant du solde du séjour vous sera communiqué dès réception du dossier
complet et devra être acquitté **au moins 30 jours** avant le début du stage. Vous pouvez régler ce solde
en espèces ou par chèque. Le montant des aides : bons Caf, bourses, aides des comités d'entreprises
seront directement déduits du solde à régler. **En cas d'annulation d'un séjour, les conditions sont les**
suivantes : Annulation au moins 30 jours avant le début du stage, retenue fixe de 45 Euros.
Annulation entre 30 jours et le début, retenue fixe de 75 Euros. **Un séjour commencé est à payer**
intégralement. En cas de blessures durant le stage, un bon de réduction vous sera transmis pour une
participation à une autre session. Ce bon sera calculé sur la base forfaitaire de **25 euros/jour** pour un
interne et de **13 euros/jour** pour un demi-pensionnaire. **Pour bénéficier de cette mesure, il faudra**
transmettre dans les quarante huit-heures un certificat médical. ASSURANCE
ANNULATION : Pour bénéficier de cette garantie un supplément est à payer. Un prix forfaitaire de
25 EUROS est à régler à l'inscription. ATTENTION !!! Ni la carte de membre, ni le montant de
l'assurance annulation ne seront remboursé. **RECLAMATIONS** : Les réclamations concernant les
séjours devront être adressées par lettre recommandée à **AB CAMPS** 2D Rue des acacias 68400
RIEDISHEIM dans un délai de 8 jours maximum après la fin du séjour.

Carte de Membre AB CAMPS



Veillez joindre votre **DEMANDE DE CARTE DE MEMBRE** à votre dossier d'inscription, en y apposant obligatoirement une PHOTO (récente) et en remplissant lisiblement vos coordonnées.



ATTESTATION D'APTITUDE PRÉALABLE A LA PRATIQUE D'ACTIVITÉS NAUTIQUES ET AQUATIQUES

Je soussigné (e),

Titulaire du n°

Titre ou Diplôme Professionnel

Certifie que :

A satisfait aux tests préalables à la pratique des activités aquatiques et nautiques en Accueils Collectifs de Mineurs, tels qu'ils sont définis dans l'article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R.227-13 du code de l'action sociale et des familles : (Checker les cases)

- effectuer un saut dans l'eau;
- réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes;
- réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes;
- nager sur le ventre pendant vingt mètres;
- franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

Epreuves effectuées en piscine* / sur le lieu d'activité* (* occulter la mention inutile).

Epreuves effectuées avec* / sans* brassière de sécurité (* occulter la mention inutile).

Fait le : à :

Signature :



N° 10008*01

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CEtte FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____
 SEXE : GARÇON FILLE DATE DE NAISSANCE : ____/____/____

II. VACCINATIONS *(Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)*

ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

| Précisez s'il s'agit : du DT polio du DT coq du Tétracoq d'une prise polio Hépatite B | VACCINS PRATIQUES | | AUTRES VACCINS | |
|--|-------------------|--------|----------------|-------|
| | DATES | VACCIN | DATES | DATES |
| RAPPELS | / / | | / / | / / |
| | / / | | / / | / / |
| | / / | | / / | / / |
| | / / | | / / | / / |

| ANTITUBERCULEUSE (BCG) | ANTIVARIOLIQUE | | AUTRES VACCINS | |
|------------------------|----------------|--------|----------------|-------|
| | DATES | VACCIN | DATES | DATES |
| 1er VACCIN | / / | | / / | / / |
| RE VaccINATION | / / | | / / | / / |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? _____

| INJECTIONS DE SÉRUM | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|-------|
| | | |
| | | |

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

| RUBÉOLE | VARICELLE | ANGINES | RHUMATISMES | SCARLATINE |
|---|---|---|---|---|
| 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"/> OUI <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE | OTITES | ASTHME | ROUGEOLE | OREILLONS |
| 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"/> OUI <input type="checkbox"/> |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS : _____

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-T-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ? _____

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? NON OCCASIONNELLEMENT OUI

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? NON OUI

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT : _____

NOM : _____ PRÉNOMS : _____

ADRESSE (pendant la période du séjour) : _____

N° DE SS _____ N° DE TEL. _____ DOMICILE _____ BUREAU _____

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : _____

Je soussigné, responsable 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 : _____

PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR : _____

ARRIVÉE LE ____/____/____

DÉPART LE ____/____/____

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)

PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR (qui indiquera ses nom et adresse)

