



CAMP D'ÉTE ECLEX

Du 8 au 26 Juillet 2018
Aux Poussets (St Rome de Dolan)
Puis Bécours

Prix durée totale 8 - 26 Juillet :

450 € (1^{er} enfant), 405€ (2nd enfant), 365€ (3^{ème} enfant)

Prix camp 8 - 21 Juillet (Angelo, Yanis, Anouk):

426€ (1^{er} enfant), 392€ (2nd enfant), 358€ (3^{ème} enfant)

Prix MidiPyrates 21 - 26 Juillet (Lucy, Maël, Satheene):

120 € (incompressible, facturé par la région éclée)

Documents à fournir :

Demande d'inscription

Autorisation parentale

Autorisation d'explo

Fiche sanitaire (imprimée recto-verso)

Photocopie des vaccins dans le carnet de santé

Un chèque d'arrhes de 100 € et 1 (ou 2) chèques pour paiement du solde du camp qui sera encaissé début juillet (et début aout si paiement en 2 chèques)

Documents à renvoyer avant le 10 Juin 2019 à :

Catherine DIRAISON

37 Rue Roland Garros

31200 TOULOUSE



Demande d'inscription

PARTICIPANT(E)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Groupe :

N° d'adhésion :

PÈRE, MÈRE OU PERSONNE RESPONSABLE

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

e-mail :

N° de téléphone :

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 DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

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

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

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 (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....

EEDF St Cyprien

.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....



**Groupe St Cyprien - Ecl x
Camp d'été 2019**

Autorisation d'exploration

Conformément à la réglementation,

Mme, Mr atteste(nt) avoir pris
connaissance des modalités d'exercice des activités en
autonomie et autorise :

Nom, Prénom

  participer aux explorations en équipages organisées au
cours du camp.

Lu et approuvé

Date et signature :