

Renseignements concernant le participant

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance : ____/____/____ Age : _____ Taille : _____ Nationalité : _____
 Adresse postale : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____

Renseignements concernant les Parents

Nom et prénom du tuteur légal : _____
 Adresse : _____
 Code Postal : _____ Ville : _____
 Tél de la mère : domicile : _____ bureau : _____ portable : _____
 Tél du père : domicile : _____ bureau : _____ portable : _____
 Email(s) : _____
Personne à contacter en cas d'urgence :
 Nom : _____ Téléphone : _____

AUTORISATION PARENTALE (à compléter et signer)

Nous soussignés, Mr et Mme _____
 Adresse : _____
 Téléphone ____/____/____/____/____ autorisons notre fils/file _____
 Âgé(e) de _____ ans à participer au stage moto Du _____ Au _____

Organisé par **Loisirs Motorsport**

Acceptons pour celui-ci / celle-ci les règles de vie nécessaires à la bonne marche du stage,
 L'autorisons à participer à toutes les activités programmées pendant le stage, et autorisons le
 Directeur de **Loisirs Motorsport** à prendre en cas d'urgence, toutes les mesures nécessaires pour les
 interventions.

REGLEMENT

	Sans hébergement		Avec hébergement	
	Avec location	Sans location	Avec location	Sans location
Tarif total	380 euros	250 euros	605 euros	490 euros
Acompte à verser à l'inscription	152 euros	100 euros	242 euros	196 euros
Solde lors du premier jour	228 euros	150 euros	363 euros	294 euros

Règlements acceptés :
 chèque, chèque
 vacances, espèce,
 virement

Fait à _____ le _____

Mention « Lu et approuvé »

Signature des parents

Nom et prénom de l'enfant :

CONDITIONS GENERALES DU SEJOUR

Toute inscription à un séjour implique l'adhésion à l'association pour l'année civile en cours. Nos séjours sont agréés par le Ministère de la Jeunesse et des Sports. Toute inscription implique l'acceptation de nos conditions générales.

1/ Inscription : Elle est enregistrée et validée à réception du dossier d'inscription dûment rempli et accompagné des pièces obligatoires ainsi que du versement de l'acompte.

2/ Tarifs et prestations : Le prix du séjour comprend l'adhésion à l'association pour l'année civile en cours, l'hébergement en pension complète, les activités et le matériel pédagogique, l'encadrement pédagogique et sportif, les visites et sorties, les frais de fonctionnement, les frais de dossier et l'assurance civile. Le tarif du séjour est forfaitaire, aucun remboursement d'éventuelles prestations non consommées n'est possible. Le séjour doit être payé intégralement 21 jours avant le départ, sans que l'association n'ait à pratiquer de relance. Le règlement doit être accompagné du nom et prénom de l'inscrit. Le non-paiement du solde dans ce délai entraîne automatiquement l'annulation de l'inscription. Dans ce cas, nous appliquons les conditions d'annulation précisées au chapitre suivant. Tout retard ou défaut de paiement entraînera la facturation des frais de relance ou de poursuite. Nous acceptons les paiements par chèques bancaires, espèces et chèques vacances. Pour payer en plusieurs fois, il vous suffit de nous renvoyer le montant total du prix du séjour en autant de chèques que de mensualités (4 maximum).

3/ Annulation du fait du participant : En cas de désistement de votre part qu'elle qu'en soit la raison, il sera retenu pour chaque mineur inscrit : -30 à 15 jours avant le départ : 30% du montant du séjour, -15 à 2 jours avant le départ : 50 % du montant du séjour. -48 heures avant le départ : 100% du montant du séjour. En cas d'annulation d'un séjour nécessitant au préalable l'acquisition d'un titre de transport, il vous sera réclamé le montant du titre de transport en plus des frais d'annulation. Aucun remboursement ne sera consenti en cas d'interruption du séjour du fait du participant (renvoi, accident, maladie, ...). Ces retenues correspondent à nos engagements vis-à-vis de nos prestataires et ont pour objet de garantir la qualité et le prix des prestations à l'encontre du groupe. En cas de report d'inscription sur un autre séjour, possible uniquement à plus de 2 mois du début du séjour, il sera retenu 20 euros de frais administratifs. A moins de deux mois avant le départ, nous serions contraints d'appliquer les conditions d'annulation ci-dessus.

4/ Annulation du fait de l'organisateur : Dans le cas où le séjour serait annulé de notre fait, notamment s'il ne réunit pas un nombre suffisant de participants, une solution de remplacement sera proposée. Si celle-ci ne convient pas, la totalité des sommes versées par le participant sera remboursée sans autre indemnité.

5/ Assurances : Loisirs Motorsport est couvert contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile qu'il pourrait encourir à la suite de dommages causés aux tiers par le contrat portant le numéro 46300038104 auprès de la société AXA. Elle n'implique qu'une présomption de garantie et ne saurait en aucun cas engager l'assureur et son signataire en dehors des limites des clauses et conditions du contrat d'assurance auquel ils se réfèrent. Ne sont pas couverts les actes de vandalisme, de destructions volontaires et de vols dont pourraient être responsables nos jeunes adhérents. La responsabilité financière de tels actes incomberait aux responsables de l'enfant. Les objets et effets personnels des mineurs ne sont pas couverts (prévoir des vêtements peu chers et peu salissants).

6/ Perte et vol : Loisirs Motorsport décline toute responsabilité en cas de vol de moto ou matériel durant les stages. En cas de vol, aucun remboursement/dédommagement ne pourra être effectué à leurs victimes.

7/ Argent de poche : Il n'est absolument pas indispensable car en colo tout est compris. Si les parents décident néanmoins de munir leur enfant d'espèces, nous leur conseillons la modération et rappelons leur pleine et entière responsabilité en cas de perte ou de vol.

8/ Activités dominantes : L'activité principale est clarifiée dans la description du séjour. En cas de refus de l'enfant ou du jeune de pratiquer les activités prévues, malgré les sollicitations des animateurs, nous ne l'obligerons pas. L'association se réserve le droit de remplacer ou de modifier les activités prévues au programme en cas d'intempéries ou cas de force majeure.

8.1 Différentes activités en dehors de l'activité dominante seront proposées aux enfants durant le séjour. (Laser Game extérieur, baby-foot humain, combat de sumo, tir à l'arc, etc...) Si votre enfant a une contre-indication au sport, le préciser sur la fiche sanitaire.

8.2 Baignade : Durant le séjour, des activités baignades seront mis en place. Il est obligatoire de nous signer une décharge attestant que votre enfant est apte à la baignade.

9/ Droit à l'image : Les photos et vidéos prises durant les séjours pourront être utilisées ultérieurement (brochures d'information, catalogue, publication, site internet, réseaux sociaux, ...) sans qu'aucune compensation ne puisse être réclamée à LOISIRS MOTORSPORT.

En aucun cas les photos et vidéos ne seront utilisées dans un autre cadre que celui de l'association. En cas de refus de ces conditions d'utilisation, il conviendra de le signaler, avant le départ, à la direction du séjour par mail ou par courrier.

10/ Renvoi : En cas de renvoi d'un participant pour une cause autre que sanitaire (transgression de la loi, consommation d'alcool ou de produits stupéfiants, violence verbale ou physique, vol, racisme...), les parents ou tuteurs seront prévenus personnellement et tous les frais de rapatriement, y compris ceux de l'accompagnateur seront alors à leur charge. Aucun remboursement ne sera effectué.

11/ Soins médicaux : En cas de maladie ou d'accident, les parents remboursent les frais avancés par l'association et se font ensuite rembourser par la CPAM ou leur mutuelle (attention : si vous êtes sous un régime d'assurance particulier, il est impératif de nous le signaler). Il est important de bien remplir la fiche de liaison médicale. En fin de séjour, les feuilles de maladie seront retournées contre remboursement. En cas de maladie, visite du médecin ou accident, les familles seront prévenues par la directrice du séjour dans les plus brefs délais.

Le :

Lu & Approuvé - Signature :

AUTORISATION / DECHARGE

J'autorise mon enfant (Prénom) _____ (Nom) _____ à se baigner dans la piscine du camping ou les enfants résident ainsi que dans le lac de Anse durant la semaine de son séjour. J'atteste également que mon enfant sait nager sans brassard et qu'il n'a aucune contre-indication à la baignade*.

*Activité uniquement lorsque la météo le permet

Je certifie avoir souscrit à cet effet une assurance Responsabilité Civile, et maladie/accident, garantissant mon enfant contre tous sinistres, de quelques natures qu'ils soient, causés à mon enfant ou à des tiers de son fait.

Autorise tout médecin à pratiquer ou faire pratiquer toute intervention médicale et/ou chirurgicale en cas d'urgence et/ou à prescrire tout traitement rendu nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Votre enfant s'engage à respecter les règles de sécurité et toutes les règles s'appliquant à la pratique des sport mécaniques et activités annexes, ainsi qu'à respecter les consignes des moniteurs et animateurs.

Il est de votre seule responsabilité de veiller à vos biens et aux biens d'autrui pendant le séjour. Vous ne pourriez tenir les moniteurs ou animateurs pour responsables en cas de perte, vol ou bris de vos biens. Aucun dédommagement ni remboursement ne pourra être effectué à leurs victimes.

Je certifie ne faire l'objet d'aucune contre-indication médicale de nature à m'empêcher de pratiquer une activité sportive et mécanique.

Date et signature

Lu & Approuvé



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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 ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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 ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

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

OBSERVATIONS



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

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

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				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 ?

RUBÉOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	VARICELLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ANGINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	SCARLATINE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OTITE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	OREILLONS oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

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.)

