

**Représentation le 11 avril 2020 à 14h**

Au Manoir des Loges Route de St Mars 53300 Ambrières-les-Vallées

<b>RCML</b> (Relais Culturel du Manoir des Loges)		<i>ELEVE</i>	
Adresse du bureau	8, rue Vital, 75116 Paris	<i>NOM</i>	
Téléphone	06.10.36.15.75	<i>PRENOM</i>	
Mail	contact@atth.fr	<i>TELEPHONE</i>	
Site Internet	www.paris-cours-theatre.fr	<i>MAIL</i>	
		<i>DATE DE NAISSANCE</i>	

<i>NOMS ET PRENOMS</i>	
<i>PARENTS</i>	
<i>ADRESSE POSTAL</i>	
<i>MAIL (en majuscule)</i>	
<i>TELEPHONE</i>	
<i>TRAJETS</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Souhaitez-vous que nous nous chargions d'acheter le billet de train pour votre enfant ?.....Si oui vous devrez rajouter 35€ au coût du stage</li> <li>- Pour le retour pensez-vous pouvoir venir assister à la représentation ?.....</li> </ul>

**Coût de la session du stage :** 680€ (665€ + adhésion à l'association : 15€) (en option train aller: 35€)

**A nous retourner avec ce bulletin signé :**

- **Le règlement : Vous pouvez établir jusqu'à 4 chèques.**

- **Attestation d'assurance responsabilité civile**

- **Fiche sanitaire complétée et signée**

RCML s'engage à assurer le programme avec le concours d'un ou plusieurs artistes professionnels.

Le stagiaire et son tuteur légal autorisent l'association RCML à utiliser, sur ses supports de communication, des photos représentant le stage et où il figure.

**Conditions d'annulation, du fait de l'organisateur :** Dans le cas où nous serions obligés d'annuler un stage, les sommes reçues seraient entièrement remboursées.

RCML se réserve le droit de ne plus admettre au stage les inscrits qui en perturberaient le cours, notamment en raison d'un comportement à risques, et ce, sans remboursement de leur cotisation. **L'association restituera alors le stagiaire mineur à son responsable légal. Le montant de la session ne sera pas remboursé. Le responsable légal signataire du présent contrat s'engage à rester joignable durant la session et à venir rechercher le stagiaire dans un délai maximum de 24 heures sur demande de l'association, soit personnellement soit en mandant une personne de son choix.** Au-delà de ce délai, la responsabilité de l'association ne sera plus engagée envers le stagiaire.

**Conditions d'annulation, du fait du stagiaire :** Plus de 30 jours avant le début du stage = retenue de 10% du forfait total. De 30 à plus de 10 jours avant le début du stage = retenue de 50% du forfait total. Retenue de la totalité du forfait à moins de 10 jours avant le début du stage.

Fait en double exemplaire à....., le.....

Règlement ci-joint par chèque à l'ordre de RCML en un ou maximum 4 chèques (encaissements mensuels à partir de avril 2020). Les organisateurs n'accepteront au Manoir des Loges aucun enfant dont le dossier serait incomplet.

Signature de l'intéressé ( e ) Précédée de la mention « Lu et approuvé »
---

Cachet RCML Pour accord
----------------------------



1 - ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

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).

Table with 5 columns: VACCINS OBLIGATOIRES, oui, non, DATE DES DERNIERS RAPPELS, VACCINS RECOMMANDÉS, DATES. Rows include Diphthérie, Tétanos, Poliomyélite, Ou DT Polio, Ou Tétracoq, BCG.

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 ?

Form with checkboxes for RUBÉOLE, VARICELLE, ANGINE, RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU, SCARLATINE, COQUELUCHE, OTITE, ROUGEOLE, OREILLONS.

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 ? oui  non

S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? oui  non

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

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM: \_\_\_\_\_

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