MERCI D'ECRIRE TRES LISIBLEMENT
EN MAJUSCULES ET AU STYLO BILLE

ANGLOPHILES ACADEMIC
LANGUAGE · EDUCATION · TRAVEL

PHOTOS
Joindre 1 photo collée ou scotchée
(photos scannées acceptées)

FEUILLE D'INSCRIPTION

PARTICIPANT
NOM DE FAMILLE: _____ PRENOM: _____
Remarque: le nom du participant doit être indiqué tel qu'il apparait sur son Passeport/Carte d'Identité

TYPE DE SEJOUR : _____ Pays de destination: _____
Période: ☐ Toussaint ☐ Février ☐ Pâques ☐ Juillet ☐ Août ☐ Autre: _____
Durée: ☐ 2 semaines ☐ 3 semaines Dates: du _____ au _____

Date de Naissance: / / Nationalité: _____ Sexe: ☐ F ☐ M

Nombre de frères: ____ Ages: _____
Nombre de soeurs: ____ Ages: _____
Personalité: ☐ Calme ☐ Enjoué ☐ Indépendant ☐ Timide ☐ Sociable ☐ Studieux
Autre: _____

Classe: ☐ CM1 ☐ CM2 ☐ 6ème ☐ 5ème ☐ 4ème ☐ 3ème ☐ 2nde ☐ 1ère ☐ Tale Autre: ____
No d'années d'étude de l'anglais: _____ ans ☐ 1ère langue ☐ 2ème langue
Niveau d'anglais: ☐ Bon ☐ Moyen ☐ Faible ☐ Classe Européenne
Remarques: _____

Goûts et loisirs: ☐ Tennis ☐ Football ☐ Gym ☐ Cinéma ☐ Danse ☐ Natation ☐ Equitation ☐ Informatique ☐ Musique ☐ Volley ☐ Rugby Autres: _____
Bicyclette autorisée: ☐ Oui ☐ Non Cigarette autorisée: ☐ Oui ☐ Non Est-ce un premier séjour avec Anglophiles? ☐ Oui ☐ Non

Indications Médicales: (merci de remplir également de façon très détaillée, la Fiche Sanitaire de Liaison jointe à cette Fiche d'Inscription)
Allergies:
Chien ☐ Oui ☐ Non Péniciline ☐ Oui ☐ Non
Chat ☐ Oui ☐ Non Cigarette ☐ Oui ☐ Non
Poussière ☐ Oui ☐ Non Arachide ☐ Oui ☐ Non
Rhume des foins ☐ Oui ☐ Non
Autres allergies: _____
Le participant.. ☐ ne mange pas de porc ☐ est végétarien

Autres conditions médicales, affectant le participant (à détailler)
☐ Incontinence*: _____
☐ Asthme: _____
☐ Convulsions: _____
☐ Etat dépressif: _____
Autres: _____

Traitements en cours: (joindre certificat médical) _____
* Si votre enfant est incontinent, donnez lui une **alaise,** des protections et vêtements de nuit supplémentaires.

Désidérata des parents: _____

PARENTS
Situation familiale ☐ Mariés ☐ En concubinage ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Veuf(ve) ☐ Célibataire

En cas de séparation, indiquez qui a la garde légale du jeune: ☐ Père ☐ Mère Autre (nom): _____
Toute correspondance sera adressée à la personne, ayant la garde du jeune:

Nom de la mère: _____ Prénom: _____ Profession: _____
Tél maison: _____ Tél Travail: _____ Portable: _____

Nom du père: _____ Prénom: _____ Profession: _____
Tél maison: _____ Tél Travail: _____ Portable: _____

ATTENTION, POUR EVITER TOUTE PERTE DE COURRIER, MERCI D'ECRIRE VOS ADRESSES POSTALE ET E-MAIL TRES LISIBLEMENT
Adresse Postale où vous sera addressée toute correspondance: _____
_____
Code postal: _____ Ville: _____
Adresse(s) e-mail: _____

CONCERNANT L'HEBERGEMENT EN FAMILLE D'ACCUEIL UNIQUEMENT (ne s'applique pas aux séjours en résidence)
Eventuellement, et dans la limite des places disponibles, préféreriez vous que votre enfant soit placé avec un autre jeune Français dans sa famille d'accueil (option ouverte aux 10-13 ans ou pour un premier séjour) ? ☐ Oui ☐ Non

REGLEMENT concernant les sorties du soir non accompagnées ou non organisées par Anglophiles:
Séjour en famille: **7-14 ans:** non permises **15-16 ans:** jusqu'à 22h, 3 fois par semaine **17 ans et plus:** jusqu'à 23h, 3 fois par semaine
(La permission de sortir reste toujours à la discrétion de la famille d'accueil)
Séjour en résidence: Les sorties du soir ne sont pas permises quelque soit l'âge du participant
Remarques des parents: _____
Merci d'aviser votre enfant de ce règlement qu'il sera tenu de respecter.

Utilisation de l'image: Anglophiles se réserve le droit d'utiliser les photos des jeunes prises pendant les séjours pour illustrer tout document de présentation de ses séjours, sauf avis contraire par courrier recommandé 4 semaines avant le séjour de l'enfant.

ENGAGEMENT: Je soussigné(e), _____, père, mère, tuteur légal (rayer la mention inutile), autorise le Directeur du Centre auquel mon enfant sera affecté à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer, le cas échéant, les interventions chirurgicales urgentes, suivant les prescriptions médicales.

A: _____ le: _____ Signature: _____

Anglophiles organise le voyage de votre enfant :
au départ de Paris ☐ de province ☐
Si départ province, veuillez indiquer la ville de départ: _____

Assurance annulation facultative (cf: conditions générales)
Oui ☐ Non ☐

Copies blanche et jaune à retourner à Anglophiles. Copie bleue à conserver par les parents Date stamp: _____ Client Code: CAPJ FM ☐ ATTEST ☐

ANGLOPHILES ♦ ANGLOPHILES ♦ ANGLOPHILES ♦ ANGLOPHILES ♦ ANGLOPHILES ♦ ANGLOPHILES ♦ ANGLOPHILES ♦ ANGLOPHILES ♦ ANGLOPHILES

ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES

MERCI D'ECRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULES
ET AU STYLO BILLE

FICHE COMPLEMENTAIRE FOOTBALL

CETTE FICHE EST A L'INTENTION DE L'EQUIPE PROFESSIONELLE DE LA DAVID BECKHAM ACADEMY.
ELLE NE REMPLACE PAS LA FICHE SANITAIRE. TOUTES DEUX DOIVENT ETRE COMPLETEES ET JOINTES A LA FICHE D'INSCRIPTION.

PARTICIPANT

NOM DE FAMILLE: _____ PRENOM: _____

NOM DU SEJOUR CHOISI : _____

Période: ☐ Toussaint ☐ Février ☐ Pâques ☐ Juillet ☐ Août ☐ Autre: _____

Dates Du: _____ au: _____

Date de Naissance: / / Nationalité: _____ Sexe: ☐ F ☐ M

NIVEAU DE FOOTBALL

As-tu une Licence de la FFF ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, quel est ton numéro de Licence ? _____

Nom du Club ? _____

Depuis combien de temps joues-tu au football? ☐ ans

Combien de fois par semaines joues-tu au football? ☐ fois par semaine

Quel est ton poste de jeu? _____

Autres renseignements sur ton niveau: _____

INDICATIONS MEDICALES: (merci de remplir **également** de façon très détaillée, la Fiche Sanitaire de Liaison jointe et la Fiche d'Inscription)

Allergies:
Arachides ☐ Oui ☐ Non
Albuplaste ☐ Oui ☐ Non
Poussière ☐ Oui ☐ Non

Conditions Médicales:
Asthme ☐ Oui ☐ Non
Epilepsie ☐ Oui ☐ Non
Diabète ☐ Oui ☐ Non

Autres allergies ?: ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles?: _____

Autres conditions ?: ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles?: _____

Handicap physique: ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lequel?: _____

Cet handicap vous empêche-t'il votre enfant de participer à certaines activités ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, lesquelles?: _____

Autre détails importants:
Ne mange pas de porc ☐ Est végétarien ☐ autre régime particulier: _____

DETAILS SUR LE PARTICIPANT

Taille: _____ m _____ cms

Pointure de chaussures: _____

Tour de taille (pour le short) _____ cms

Taille vestimentaire : (pour t-shirt et sweatshirt) _____

Signes particuliers : _____

DECHARGE

Je soussigné(e), _____,
père, mère, tuteur légal (rayer la mention inutile), autorise l'équipe médicale et paramédicale de la David Beckham Academy, à examiner mon enfant selon les conditions dictées par les circonstances.

A: _____ le: _____ Signature: _____

Pour Anglophiles: DBA dates allocated:..... Date received:..... CAPJ

David Beckham Academy

PLEASE WRITE IN BLOCK CAPITALS
USING BLUE OR BLACK INK

FOOTBALL ENROLMENT FORM

THIS FORM IS FOR THE ATTENTION OF THE STAFF AT THE DAVID BECKHAM ACADEMY

ANGLOPHILES ACADEMIC
Official Worldwide Agents for The David Beckham Academy

PARTICIPANT

SURNAME: _____ FIRST NAME: _____

TYPE OF STAY

Period: ☐ Oct/Nov ☐ Feb ☐ April ☐ July ☐ August ☐ Other: _____

Dates From: _____ To: _____

Date of Birth: / / Nationality: _____ Sex: ☐ F ☐ M

LEVEL OF FOOTBALL:

Are you a member of your Country's Football Federation? ☐ Yes ☐ No If yes, what is your membership number? _____

Name of club? _____

How long have you been practising football for? ☐ years

How often do you practice football? ☐ times per week

Which position do you play? _____

Other information on your level: _____

MEDICAL NOTES:

Allergic to:
Nuts ☐ Yes ☐ No
Albuplaste (plaster/medical tape) ☐ Yes ☐ No
Dust ☐ Yes ☐ No

Medical conditions
Asthma ☐ Yes ☐ No
Epilepsy ☐ Yes ☐ No
Diabetes ☐ Yes ☐ No

Other Allergies ☐ Yes ☐ No

If yes, what?: _____

Other conditions ☐ Yes ☐ No

If yes, what?: _____

Physical Disabilities ☐ Yes ☐ No

If yes, what? _____

Does this disability stop your child from taking part in any activities? ☐ Yes ☐ No

If yes, which ones? _____

Other important information:
Does not eat Pork ☐ Is vegetarian ☐ other dietary requirements : _____

PERSONAL DETAILS ABOUT THE PARTICIPANT

Height _____ m _____ cms
Shoe size _____ European size
Waist size (for the shorts) _____ cms
Clothes size _____ European size

Special requirements: _____

ENGAGEMENT

I the undersigned _____, father, mother, legal guardian (delete as appropriate), authorise the medical and paramedical teams at The David Beckham Academy, to examine my child and to administer medication if necessary.

At: _____ Date: _____ Signature: _____

Client Code CAPJ

For Anglophiles: DBA dates allocated:..... Date received:.....FM ☐

David Beckham Academy

ANGLOPHILES ◆ ANGLOPHILES ◆ ANGLOPHILES ◆ ANGLOPHILES ◆ ANGLOPHILES ◆ ANGLOPHILES ◆ ANGLOPHILES ◆ ANGLOPHILES ◆ ANGLOPHILES

ANGLOPHILES ACADEMIC
LANGUAGE · EDUCATION · TRAVEL

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Merci de remplir cette fiche **avec soin et précision** et de la joindre à la Fiche d'Inscription de votre enfant

PRENOM DE L'ENFANT: .....

NOM DE FAMILLE: .....

DATE DE NAISSANCE: .....

SEXE: F ☐ M ☐

SEJOUR CHOISI: .....

DATES DU SEJOUR: .....

VACCINATIONS (voir carnet de santé)

En cas de contre-indications, fournir un certificat médical

TYPE DE VACCIN	DATE DE VACCINATION	DATE DU 1ER RAPPEL	DATE DU DERNIER RAPPEL	OBSERVATIONS
BCG				
ANTIVARIOLIQUE				
DT POLIO OU POLIO				
DT COQ OU DETRACOQ				
ROR				
AUTRES VACCINS				

Si l'enfant n'est pas vacciné, merci d'en préciser la raison: _____

MALADIES - ALLERGIES

Votre enfant a-t'il déjà eu:

	OUI	NON			OUI	NON
Varicelle	☐	☐		Oreillons	☐	☐
Rubéole	☐	☐		Scarlatine	☐	☐
Coqueluche	☐	☐		Rougeole	☐	☐
Angines	☐	☐	Fréquence:			
Otites	☐	☐	Fréquence:			
Asthme	☐	☐	Fréquence:			
Rhumatismes	☐	☐	Localisation:			
Allergies aux médicaments	☐	☐	Lesquels:			
Allergies alimentaires	☐	☐	Lesquelles:			
Autres allergies	☐	☐	Lesquelles:			
Régime alimentaire	☐	☐	Lequel:			

Actuellement, l'enfant suit-il un traitement médical? Lequel : .....

Si l'enfant doit subir un traitement pendant son séjour, ne pas oublier de joindre l'ordonnance aux médicaments.

Veuillez indiquer sur page séparée et avec le plus de détails possible, toute autre difficulté de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation, énurésie...).

RENSEIGNEMENTS GENERAUX SUR L'ENFANT

	OUI	NON	
Porte t-il des lunettes?	☐	☐	Fréquence: .....
Porte-t-il des verres de contact?	☐	☐	Fréquence: .....
Porte-t-il un appareil dentaire?	☐	☐	Fréquence: .....
Mouille-t-il son lit? *	☐	☐	Fréquence: .....

* Si oui, remettre **obligatoirement** une alaise et des protections à votre enfant. Notre assurance ne couvre en aucun cas les dégats occasionnés.

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée? ☐ ☐

MEDECIN TRAITANT

NOM: ..... TELEPHONE: .....

ADRESSE: .....

RECOMMANDATIONS DES PARENTS:

.....

.....

.....

ENGAGEMENT : Je soussigné (e), responsable, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures jugées utiles en cas d'urgence (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.
En cas de refus, Anglophiles Academic est dégagé de toute responsabilité.

Signature du responsable de l'enfant:	Nom du responsable de l'enfant:	Date:

ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES • ANGLOPHILES