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 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