

**CONFIRMATION DE  
PARTICIPATION AU SEJOUR 5<sup>ème</sup>**  
(à rendre au professeur principaux au plus tard le Vendredi  
6 septembre 2024)

Mr, Mme.....s'engagent à ce que notre enfant participe au séjour du 16 au 20 septembre ou du 14 au 18 octobre (la date du séjour sera confirmée par les enseignants d'EPS) au centre de vacances Aleb et en acceptent le fonctionnement.

**NOM (de l'élève) :** ..... **Prénom :** .....  
**Classe :** .....

Pour cette sortie, j'autorise que mon enfant soit photographié : OUI NON

J'autorise la publication de photos de mon enfant sur le site du collège : OUI NON

**Règlement** : (cochez la ou les réponse(s))

chèque à l'ordre de : **l'agent comptable collège Émile Zola**

En 1 X 285 €

En 2 X (1X 140 € + 1X 145 €)

espèces

Les paiements en espèce doivent être déposés à l'intendance.

demande de fonds social (pour toute demande d'aide financière, veuillez-vous adresser au secrétariat d'intendance au 05 56 28 08 29)

Avez-vous besoin d'un justificatif de séjour ? OUI NON (entourez la réponse)

Les encaissements se feront en Septembre et Octobre.

En tout état de cause, le paiement en espèce ou le dépôt des chèques doivent être faits **la première semaine de la rentrée**, sous peine de devoir, à notre grand regret, refuser l'accès au bus à votre enfant.

Les signataires déclarent avoir pris connaissance du règlement de vie communautaire ci-joint concernant le séjour au ski et en accepte les clauses énoncées.

Signatures :

L'élève

Les responsables légaux

**Documents à fournir afin de valider l'inscription de votre enfant :**

- « Confirmation de participation au séjour 5<sup>ème</sup> » dûment rempli
- Photocopie de « **l'attestation de Sécurité Sociale** » et de « **complémentaire santé** » du parent dont dépend l'enfant. (Indispensable en cas de soins)
- Une attestation d'assurance « Responsabilité civile » (si non transmise au collège)
- Le paiement

**AVANT le Vendredi 6 septembre 2024** aux Professeurs principaux

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

**(Document à retourner au professeur principal au plus tard le vendredi 6 septembre)**

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE : ..... CLASSE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

Tel domicile : ..... Tel travail : .....

Portable : .....

Je soussigné, Monsieur, Madame .....  
Père, Mère, Tuteur légal de l'enfant désigné ci-dessus (*raier les mentions inutiles*)

- Autorise / N'autorise pas** (raier la mention inutile) les responsables à prendre, en cas d'accident, toute mesure d'urgence prescrite par le médecin, y compris, éventuellement l'hospitalisation avec intervention chirurgicale.
- Atteste que l'enfant est garanti par une assurance individuelle accident et responsabilité civile.  
Nom de la compagnie d'assurance : .....  
N° de police : .....

En cas d'urgence, personnes à prévenir :

Nom - Prénom	N° de téléphone	Lien de parenté
1-		
2-		

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ENFANT :

Traitement médical en cours :

- Non  
 Oui. Lequel : .....

*Dans ce cas, nous fournir l'ordonnance et les médicaments dans une trousse / sac congélation avec son nom écrit dessus.*

Renseignement divers :

- PAI  Non /  Oui
- Allergies :  Non /  Oui et lesquelles .....
- Asthme à l'effort avec prescription d'un traitement.  Oui /  Non  
Si oui, lequel : .....
- Autres : .....
- Date du dernier vaccin antitétanique : .....

A ..... le .....

Signature :