



Saison
Hiver 2012

- Kids
6 - 11 ans
- Teens
11 - 13 ans
- Juniors
13 - 17 ans

(cocher la case correspondante)

Fiche de liaison (sanitaire et administrative)

A renseigner obligatoirement par le(s) responsable(s) légal(aux) de l'enfant

NOM _____

Prénom _____

Date de naissance _____ Âge _____

Photographie
(récente)

TRÈS IMPORTANT

Pour tous les séjours UCPA : nous vous remercions d'envoyer cette fiche de liaison dûment remplie, signée et accompagnée impérativement des documents demandés au maximum 2 semaines après l'inscription de l'enfant à l'adresse indiquée dans les "Informations Pratiques" de la "Confirmation d'Inscription" (ci jointe) au paragraphe "Formalités administratives".

Pour une inscription à moins de deux semaines avant le départ, nous vous remercions de placer le dossier complet dans le bagage de votre enfant.

ATTENTION : n'envoyez pas d'originaux (passeport, carte d'identité, vitale, carnet de santé...) mais uniquement des photocopies. En l'absence de cette fiche correctement remplie et des documents associés l'inscription de votre enfant ne sera pas prise en compte et il ne pourra donc pas être accueilli sur le centre.

Centre _____ Séjour du _____ au _____

Nom du séjour _____

1 Assistance / Rapatriement / Frais de recherche et de secours / Assurance individuel accident Annulation / Bagages / Interruption de séjour / Individuelle accident (à remplir par les parents)

TRÈS IMPORTANT

Nous vous rappelons que ces garanties complémentaires ne sont pas comprises dans le prix du séjour.

Afin d'apporter à votre enfant les meilleures conditions d'assistance, informez-nous de votre choix :

L'UCPA vous conseille vivement de souscrire un contrat d'assistance et Individuelle accident pour garantir la sécurité de votre enfant. Certains contrats d'assurance (auto, habitation, assurance scolaire...) peuvent parfois inclure des garanties d'assistance, mais elles sont souvent restrictives. En cas d'accident et d'impossibilité pour l'UCPA d'identifier l'assureur / assistant de votre enfant, l'UCPA fera appel à AXA assistance et vous demandera le remboursement des sommes avancées.

- J'ai souscrit auprès d'AXA Assistance par l'intermédiaire du Cabinet Lafont, un PACK ASSURANCE dont la garantie comprend : Assurance annulation/Assurance Interruption de séjour/ Assurance Bagage /Assurance Frais de recherche et de secours/Assurance Individuelle Accident.
- J'ai souscrit auprès d'AXA Assistance par l'intermédiaire du Cabinet Lafont, un PACK ASSISTANCE dont la garantie comprend : Assistance médicale et rapatriement/Assistance au domicile en France après rapatriement/Assurance frais de recherche et de secours.
- J'ai souscrit auprès d'AXA Assistance par l'intermédiaire du Cabinet Lafont, un PACK TOP dont la garantie comprend l'ensemble des garanties du Pack Assurance et du Pack Assistance ainsi que la garantie de remboursement des frais médicaux à hauteur de 125% du tarif de responsabilité conventionnel.
- J'ai souscrit un contrat d'assistance / rapatriement / Assurance Individuelle Accident auprès d'une autre compagnie d'assurance / assistance dont les coordonnées sont les suivantes :
Compagnie _____ Contrat n° _____ Téléphone du service d'assistance _____
- Je ne souhaite pas souscrire de contrat d'assistance / rapatriement / Assurance Individuelle Accident, et je m'engage à rembourser tous les frais de recherche, de secours, d'assistance, de soins et de rapatriement que pourrait engager l'UCPA au titre de ces garanties.

2 Autorisation de voyage non accompagné (uniquement pour les 11-17 ans) (à remplir par les parents uniquement si vous n'achetez pas le transport UCPA)

Je soussigné(e) _____

- AUTORISE** ma fille*, mon fils* à voyager non accompagné(e) pour rejoindre le centre UCPA et le quitter à l'issue de son séjour, ou éventuellement lors d'un transfert entre deux centres.
- N'AUTORISE PAS** ma fille*, mon fils* à voyager non accompagné(e) pour rejoindre le centre UCPA et le quitter à l'issue de son séjour, ou éventuellement lors d'un transfert entre deux centres.

* rayer les mentions inutiles

3 Autorisation de prise en charge du mineur à l'issue du séjour

Je soussigné(e) Mr*, Mme* _____ Père*, Mère*, Tuteur*, investi de l'autorité parentale* ou de la garde de l'enfant mineur _____

- AUTORISE** son Père*, Mère*, Tuteur*, _____ à le prendre en charge à la fin du séjour.
- AUTORISE** Mr*, Mme* _____ à le prendre en charge à la fin du séjour.

* rayer les mentions inutiles

4 Autorisation de prendre votre enfant en photo ou en vidéo

L'UCPA peut être amenée à prendre des photographies ou des vidéos de vos enfants pendant les activités sportives ou la vie quotidienne et à les utiliser sur tous ses supports de communication sans limite ni de temps ni de lieu. L'UCPA se réserve la possibilité de céder les droits d'utilisation de ces photos à l'ensemble de ses filiales qui pourront les utiliser dans les mêmes conditions. Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit pris en photographie ou en vidéo au cours de son séjour, nous vous remercions de faire une lettre indiquant votre refus. Cette lettre devra être adressée au Directeur de Centre avec la présente Fiche de liaison.

5 Règlement interne de l'UCPA

Nous vous rappelons que pour passer de bonnes vacances à l'UCPA, les jeunes s'engagent à respecter les règles de vie collective. Nous recommandons vivement aux parents et aux jeunes de prendre connaissance du règlement interne de l'UCPA qui figure dans le catalogue UCPA 6-17 ans. Le non-respect du règlement interne pendant le séjour pourra entraîner le renvoi de votre enfant sur décision unilatérale de l'équipe de direction du centre. Par conséquent, vous vous engagez à être en mesure d'accueillir votre enfant suite à ce renvoi.

Tournez SVP

6 Renseignement médicaux (à remplir par les parents)

Je soussigné(e), Mme, Mr : _____

① certifie que mon enfant, NOM _____ Prénom _____ né(e) le _____ Sexe _____ est à jour de toutes les vaccinations obligatoires, et est à ce jour apte à la vie en collectivité.

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES (Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite), JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

- ②
- Si votre enfant participe à un séjour de **plongée sous-marine**, vous devez fournir un certificat médical délivré par un médecin agréé. Vous trouverez la liste des médecins agréés sur http://medical.ffesm.fr/?page_id=67
 - Si votre enfant participe à un séjour de **parachutisme**, vous devez fournir un certificat médical délivré par un médecin agréé. Vous trouverez la liste des médecins agréés sur www.fpp.asso.fr ou au 01 53 46 68 68
 - Si votre enfant participe à un séjour de **parapente** ou de **kite surf** (glisse aérotractée) vous devez fournir un certificat médical délivré par votre médecin traitant.

Maladies déjà contractées (faites une croix dans la ou les cases correspondantes)

Scarlatine Orite Rougeole Rubéole Angines Rhumatismes Oreillons Coqueluche Varicelle
 Autres maladies _____

L'enfant suit-il actuellement un traitement ?

OUI* NON Si oui, lequel : _____

Si Oui* : joignez, dans le bagage de votre enfant, l'ordonnance et les médicaments dans leurs emballages d'origine.

L'enfant mouille-t-il son lit ? OUI Occasionnellement NON

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ? OUI NON Consignes particulières : _____

Taille de l'enfant : _____ Poids : _____ Pointure : _____

Votre enfant est-il concerné par des allergies de type :

Alimentaires* Médicamenteuses Asthme Autres - Précisez _____

***Allergies alimentaires** : afin de garantir la sécurité des enfants, l'accueil de mineurs concernés par des allergies alimentaires spécifiques, requiert la mise en place d'un accompagnement et de procédures personnalisées pendant le séjour. Si votre enfant est concerné par une ou plusieurs allergies alimentaires, vous devez en informer l'UCPA dans les plus brefs délais dès réception du présent document. Pour nous en informer, vous pouvez le faire par E-Mail à l'adresse suivante service-client-ucpa@ucpa.asso.fr en précisant impérativement : votre n° de dossier, le nom/prénom de l'enfant et la liste des aliments auxquels votre enfant est allergique et qui nécessite un suivi personnalisé pendant le séjour.

7 Attestation d'aisance aquatique pour les activités nautiques (à remplir par les parents)

En accueil collectif de mineurs la pratique des activités de canoë-kayak, eaux-vives, surf de vagues, plongée sous marine, descente de canyon, ski nautique et voile est subordonnée à la réussite d'un test préalable à la pratique de ces activités. Pour cela vous devez certifier que votre enfant est capable de : se déplacer sur 25 m (si moins de 16 ans) et 50 m (si plus de 16 ans) sans paniquer et de passer sous une ligne posée sur l'eau, ce parcours est réalisé dans un bassin ou plan d'eau d'au moins 1,80 m de profondeur, le départ est effectué par une chute arrière. Le parcours peut être effectué avec une brassière de sécurité sauf pour la descente en canyon.

Je certifie que mon enfant réalise le test tel que décrit ci-dessus avec succès : OUI NON

Attention : l'aisance aquatique de votre enfant conditionne sa participation aux activités nautiques. Il n'est pas nécessaire pour la baignade.

8 Cas d'urgence : accident, renvoi et retour anticipé (à remplir par les parents)

La personne à contacter en mon absence est : _____

NOM _____ Prénom _____ Lien de parenté _____

Adresse _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Tél. portable _____ Tél. domicile _____ Tél. bureau _____

Si votre enfant possède un numéro de téléphone portable, merci d'indiquer son n° 06 _____

9 Autorisation de soins médicaux (à remplir par les parents)

TRÈS IMPORTANT Je soussigné(e) _____
(nom et prénom de la personne exerçant l'autorité parentale)

Adresse _____ Code postal _____ Ville _____

Pays _____ Adresse E-Mail _____

Tél. portable _____ Tél. domicile _____ Tél. bureau _____

N° de Sécurité Sociale _____

Adresse de votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie _____

Autorise les responsables de l'UCPA à faire donner tous les soins médicaux et chirurgicaux qui pourraient être nécessaires en cas d'accident, intervention chirurgicale urgente, maladie contagieuse ou toute autre affection grave, après consultation d'un praticien, au mineur :

NOM _____ Prénom _____

- Je m'engage à rembourser à l'UCPA l'intégralité des frais (médicaux et pharmaceutiques) avancés éventuellement pour mon compte.

- J'autorise la personne mentionnée au chapitre 8 à accueillir mon enfant dans le cas d'un renvoi, si je suis empêché(e).

- Je certifie avoir pris connaissance du programme et des activités sportives prévues lors du séjour et autorise mon enfant à pratiquer cette/ces activités.

- Je certifie avoir pris connaissance de toutes les clauses des conditions générales d'inscription et d'assurance du catalogue KJT Hiver 2012 (p. 70 à 73) et des modalités d'inscription particulières en cas d'allergies ou de traitement médical nécessitant un suivi personnalisé.

Je déclare exacts et sincères tous les renseignements portés au recto et au verso de la présente fiche de liaison.

Fait à _____ le _____ Signature (obligatoire, précédée de la mention "lu et approuvé")

Attention : vous ne devez joindre à ce dossier aucun chèque d'acompte ou de solde.

Pour solder votre dossier d'inscription veuillez vous reporter à l'adresse indiquée en haut et à gauche de votre confirmation d'inscription.

(Ce document sera conservé sur le centre à l'issue du séjour et sera détruit 6 mois après.)