

Siège : 49 Bis impasse des Galoubets,
30 320 Marguerittes

Tél : 07 82 33 58 72

E-mail : sejour.letsplayaway@gmail.com

Site : www.playaway.fr



Fiche d'inscription

(À envoyer au siège : LETS PLAY AWAY, 49 Bis impasse des Galoubets, 30320 Marguerittes, ou bien par email à l'adresse sejour.letsplayaway@gmail.com)

Remplir une fiche d'inscription par enfant

Dates du séjour	Du 25/10/2026 au 30/10/2026
Lieu du séjour	Centre Carrefour Béthanie
Frais d'inscription	535 €
Adhésion annuelle	15 € (obligatoire, à la charge du représentant légal du mineur inscrit)

ENFANT

NOM : PRENOM :

☐ Fille ☐ Garçon

ADRESSE

CP VILLE

DATE DE NAISSANCE / / CLASSE (année 2025 /2026

Qu'est ce qui intéresse votre enfant et/ ou le motive à participer à l'un de nos séjours ?

.....
.....

RESPONSABLE 1

NOM PRENOM

TEL 1 : TEL 2 :

E-MAIL :

RESPONSABLE 2

NOM PRENOM

TEL 1 : TEL 2 :

E-MAIL :

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRE CONCERNANT L'ENFANT : (se reporter à la fiche sanitaire ci-jointe)

AUTRES COMMENTAIRES UTILES :

.....
.....

Compagnie d'Assurance : N° de contrat en responsabilité civile :

Siège : 49 Bis impasse des Galoubets,
30 320 Marguerittes

Tél : 07 82 33 58 72

E-mail : sejour.letsplayaway@gmail.com

Site : www.playaway.fr



*Je soussigné, ,responsable légal de l'enfant susnommé,
déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les animateurs à
prendre le cas échéant, les dispositions qu'ils jugent nécessaires pendant le séjour en ce qui concerne
la sécurité et le bien-être de mon enfant (consultations médicales ou hospitalisation et suivi des éventuels
traitements prescrits)*

Coût du séjour: 535€00 en pension complète.

À régler à ce jour 175 € :

Un acompte de 30 % du montant total, soit 160 €

*L'adhésion annuelle de 15 euros à l'association Let's Play Away par famille (famille proche, frères
et sœurs, cousins et autres non inclus)*

*Cette adhésion est unique par famille (valable pour les frères et sœurs inscrits par le même parent) et reste
valable également en cas de participations répétées aux stages pour un même enfant.*

*Vous pouvez régler par chèque ou par virement bancaire, en indiquant le nom de votre enfant dans le
libellé du paiement.*

Voici l'IBAN de Let's Play Away :

FR76 1762 0300 01 01 5440 4030 015

FAIT LE :.....

SIGNATURE

Siège : 49 Bis impasse des Galoubets,
30 320 Marguerittes

Tél : 07 82 33 58 72

E-mail : sejour.letsplayaway@gmail.com

Site : www.playaway.fr



DEMANDE D'AUTORISATION PARENTALE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné

autorise l'association Let's Play Away à utiliser et exploiter mon image ou celle de mon enfant dans le cadre de la promotion de l'association ou de valorisation des productions des enfants et jeunes sur tous supports (affiches, flyers, numériques.)

La réutilisation de ces images par des tiers est interdite.

Je peux me rétracter sur simple demande à l'association.

Responsables légaux de l'enfant :

Autorisons ☐ N'autorisons pas ☐

les adultes professionnels de la structure à utiliser, dans le cadre pédagogique (site Internet) des photos de notre enfant prises au cours des activités.

à , le.....

Signature des représentants légaux :



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../.....

SEXE : M ☐ F ☐

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SILE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

☐ oui ☐ non

MEDICAMENTEUSES

☐ oui ☐ non

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :

☐ oui ☐ non

Précisez

Si oui, joindre un certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser

☐ oui ☐ non

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL

TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :