



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

### CENTRE DE VACANCES ET DE LOISIRS

*Le dossier d'inscription devant être traité par informatique, il vous est demandé de remplir toutes les rubriques avec précision.*

#### 1. DATES ET PROCEDURES D'INSCRIPTION

Votre demande est enregistrée dès réception :

- du dossier d'inscription dûment renseigné et signé (voir paragraphe suivant)
- du versement des arrhes correspondant à la nature de votre séjour

Une fois votre inscription validée, nous vous ferons parvenir par email le programme pédagogique du séjour ainsi que le trousseau à prévoir.

*Merci de prendre note que :*

- tout dossier incomplet ne sera pas enregistré.
- tout dossier émanant de personne n'ayant pas réglé un/des séjour(s) passé(s) sera rejeté.

#### 2. PIÈCES À FOURNIR

Les pièces ci-après dument complétées et signées :

- |  |        |
|--|--------|
| • Fiche d'inscription                        | page 3 |
| • Autorisations parentales / du tuteur légal | page 5 |
| • Fiche sanitaire de liaison                 | page 6 |

Ainsi que les pièces suivantes :

- Une copie de l'attestation de droit à la sécurité sociale
- Une copie du carnet de vaccination
- Une photo récente de l'enfant
- Le règlement des arrhes (25€)

### **3. PAIEMENT**

Le solde du séjour devra être réglé dès réception de la facture ou au plus tard au début du séjour. En fin de séjour, vous trouverez dans les bagages de votre enfant : sa fiche sanitaire de liaison, l'attestation de séjour pour les différents organismes (sur demande).

Modes de règlements acceptés : chèque bancaire (à l'ordre de Séjours Landersen), chèques-vacances, virement bancaire (RIB à nous demander), CB ou espèces pour solde.

### **4. FRAIS MEDICAUX**

En cas de frais médicaux engagés durant le séjour, les feuilles de soins vous seront restituées après règlement de votre part des sommes versées par le centre.

### **5. ANNULATION POUR RAISON MEDICALE OU EVENEMENT MAJEUR**

Toute annulation devra être accompagnée d'une pièce justificative.

### **6. DIVERS**

Nous avons fait le choix de ne pas autoriser les téléphones portables sur ce séjour. De même, nous préférerions éviter les appels des familles afin de préserver les enfants des coups de blues qu'ils génèrent. Des nouvelles du séjour et de vos enfants vous seront communiquées via la tenue d'un blog quotidien et l'équipe sera bien évidemment joignable en cas de besoin.

Nous vous serions donc reconnaissants de laisser les téléphones portables et autres appareils électroniques à la maison. Le centre décline toute responsabilité en cas de casse, de perte ou de vol.

### **7. CONTACTS**

- Par courrier : Séjours Landersen  
5 route du Petit Ballon  
68 380 SONDERNACH
- Par téléphone :
  - Centre de vacances Landersen : 03 89 77 60 69
  - Direction (Maryline FRÈRE) : 06 61 51 54 21
- Par mail : [contact@sejours-landersen.com](mailto:contact@sejours-landersen.com)
- Via notre site : [www.landersen.com](http://www.landersen.com)



## FICHE D'INSCRIPTION

### CENTRE DE VACANCES ET DE LOISIRS

#### 1. SÉJOUR : EXPLORMIND

Dates : 19 – 22 octobre 2025

#### 2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT



Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....

À : ..... Dépt : .....

Sexe :  F  M

Votre enfant est-il déjà parti en centre de vacances :  OUI  NON

#### 3. RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Situation de famille :

- |                                   |                                       |                                     |                                    |
|-----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Vie maritale | <input type="checkbox"/> Veuf (ve)  | <input type="checkbox"/> Séparé(e) |
| <input type="checkbox"/> Pacsé(e) | <input type="checkbox"/> Célibataire  | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) |                                    |

Avez-vous l'autorité parentale partagée ?  OUI  NON

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Adresse mail : ..... @ .....

Tél. fixe ..... .

Tél. port. 1 ..... .

Tél. port. 2 ..... .

Tél pro. 1 ..... .

Tél pro. 2 ..... .

Autre (adresse, tél., e-mail...) en cas de vacances, déménagements ou autre :

.....  
pour la période du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....

Si vous êtes séparé, coordonnées de l'autre parent :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

.....  
Code postal : ..... Ville : .....

Adresse mail : ..... @ .....

Tél. fixe ..... ....

Tél. port. ..... ....

Personne à prévenir en cas d'urgence (autre que les parents) pendant le séjour :

M./Mme .....  
.....

Tél. ..... ....

Lien de parenté avec l'enfant : .....

#### 4. ANNEXE

Pour nos statistiques, merci de nous indiquer par quel biais vous avez connu les séjours organisés par Séjours Landersen

- |  |   |                                  |
|--|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Famille/amis  | <input type="checkbox"/> Communications du centre | <input type="checkbox"/> Réseaux |
| <input type="checkbox"/> Église        | <input type="checkbox"/> Siteweb : .....          | <input type="checkbox"/> Annonce |
| <input type="checkbox"/> Autre : ..... |   |                                  |



## AUTORISATIONS

*Mention obligatoire. Merci de cocher les cases pour en accepter les termes et valider l'inscription de votre enfant.*

Je soussigné(e) ..... responsable légal du mineur susnommé :

J'autorise, en cas d'urgence, le directeur du centre ou du séjour à prendre toute décision utile suivant avis du médecin, concernant un traitement, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale.

J'autorise mon enfant à participer aux activités proposées au cours du séjour.

J'autorise, mon enfant à prendre les transports prévus dans le cadre du séjour (véhicule du Centre, véhicule particulier du directeur et/ou animateur, train, autocar).

J'autorise mon enfant à pratiquer les sports et activités prévus du séjour.

Sports dont la pratique n'est pas autorisée : .....

J'autorise la prise de photographies et films le représentant dans le cadre légal des activités du séjour et la publication de ses photographies le représentant sur un éventuel blog du séjour et l'usage de ses photographies par l'Association « Centre de Vacances Landersen » en vue d'actions publicitaires et que je ne pourrais prétendre à aucune rétribution monétaire ou en nature pour le droit à l'image de mon enfant.

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales et particulières de participation et d'inscription aux séjours de l'association Séjours Landersen, les accepte et m'engage à acquitter l'intégralité des frais de séjour.

Date et signature

le père

..... / ..... / .....

la mère

..... / ..... / .....

le tuteur légal

..... / ..... / .....



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CERFA N°10008\*02

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour

### 1. ENFANT ET SÉJOUR

Nom : ..... Prénom : .....  
Né(e) le : ..... / ..... / ..... Sexe :  F  M  
Séjour : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....  
Lieu : Centre de Vacances Landersen . 5 route du Petit Ballon - 68 380 SONDERNACH

### 2. VACCINATIONS

| Vaccins obligatoires | oui                      | non                      | Vaccins recommandés        | Dates                 |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------|
| Diphétérie           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hépatite B                 | ..... / ..... / ..... |
| Tétanos              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rubéole-Oreillons-Rougeole | ..... / ..... / ..... |
| Poliomélite          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Coqueluche                 | ..... / ..... / ..... |
| ou DT polio          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | BCG                        | ..... / ..... / ..... |
| ou Tétracoq          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Autres : .....             | ..... / ..... / ..... |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication  
Attention, le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication

### 3. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Poids : ..... kg Taille : ..... cm Informations nécessaires en cas d'urgence

L'enfant 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 – avec la notice et marquées au nom de l'enfant). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| Rubéole :   | Varicelle :   | Angine :  | Scarlatine :  | Coqueluche :  |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Otite :   | Rougeole :  | Oreillons :   | Rhumatisme articulaire aigu :                             |   |
| <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |   |

Allergies : Asthme       oui  non      Médicamenteuse       oui  non  
Alimentaires       oui  non      Autres .....

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

.....  
.....  
.....

Indiquez ci-après les éventuelles difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et précautions à prendre

.....  
.....  
.....

#### 4. RECOMMANDATIONS UTILE DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, dentaires etc...

.....  
.....  
.....

L'enfant mouille-t-il son lit ?       oui       non       occasionnellement

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

#### 5. RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. fixe ..... ....

Tél. port. ..... ....

Nom et tel du médecin traitant (facultatif) : .....

Je soussigné ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date et signature : ..... / ..... / .....

---

#### À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DE LA FAMILLE

Organisateur du séjour : assoc. Séjours Landersen 5 rte du Petit Ballon – 68380 SONDERNACH

Observations : .....

.....  
.....