



## FICHE INSCRIPTION VACANCES ENJOY ENGLISH 2024-2025

**NOM de famille :** .....  
**Prénom :** .....  
Né(e) le : ..... / ..... / ..... Age : ..... Sexe :  Féminin  Masculin  
Classe : ..... Ecole.....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....  
**MERE** NOM de famille : ..... **Autorité parentale** OUI  NON   
Prénom : ..... Courriel .....@.....  
Portable ..... Tel Professionnel .....  
**PERE** NOM de famille : ..... **Autorité parentale** OUI  NON   
Prénom : ..... Courriel .....@.....  
Portable ..... Tel Professionnel .....

### FORMULE CHOISIE (merci de cocher les cases)

**Semaine du** \_\_\_\_\_ **au** \_\_\_\_\_ **: Nombre de Jours :** \_\_\_\_\_

- Matin (9h30-12h00)       Matin + Lunch (9h30-13h30)       Full Day (9h30-17h30)  
 Après-midi (14h30-17h30)       Après-midi + Lunch (12h-17h30)       Formule Tennis + Enjoy English  
*(Garderie 8h30 à 9h30 et de 17h30 à 18h)*

- Formule Terminale : Stage intensif Anglais Révisions Bac et préparation aux concours 9h30 à 12h  
 Optionnel cours intensif collégiens et lycéens de 13h30 à 14h30  
 Option Ramassage Minibus : places limitées, nous consulter

### AUTORISATIONS (merci de cocher les cases)

- Assurance scolaire de l'enfant. Responsabilité civile OUI  NON  Individuelle, accident OUI  NON   
-Compagnie d'Assurance : ..... Numéro de police d'assurance .....  
 J'autorise que mon enfant soit photographié et filmé pendant les activités et la diffusion des photographies, vidéos et enregistrements sonores de la voix de mon enfant et à la diffusion des créations réalisées par mon enfant chez Enjoy English. Diffusion en mailings et sur le blog d'Enjoy English (mailings update envoyés aux parents et clients Enjoy English).  
 Autorisation Baignade (activités ludiques en milieu aquatique chez Enjoy English). Je certifie que mon enfant ne présente pas de contre indication médicale ou autre pour participer à ces activités.  
 Autorisation de Transport pour récupérer/ramener mon enfant de (préciser le lieu)..... et à la(le) transporter en mini bus chez Enjoy English au 845 rue des Quatre Seigneurs à Montpellier pour suivre des activités en anglais.  
 J'autorise mon enfant à rentrer seul (valable uniquement pour les enfants à partir de CM1).  
 J'accepte de recevoir des informations par mailing/courrier/téléphone de la part d'Enjoy English.  
 J'accepte le règlement intérieur d'Enjoy English et les conditions générales de vente d'Enjoy English.

**PERSONNES AUTORISEES A PRENDRE L'ENFANT A LA SORTIE D'ENJOY ENGLISH**

La carte d'identité sera demandée - Les enfants mineurs ne sont pas autorisés à récupérer l'enfant.

NOM : ..... Prénom : .....  A appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : .....  Autorisé à prendre l'enfant.  
Portable : .....  
NOM : ..... Prénom : .....  A appeler en cas d'urgence  
Lien avec l'enfant : .....  Autorisé à prendre l'enfant.  
Portable : .....

**SANTE DE L'ENFANT (merci de renseigner TOUTES LES INDORMATIONS SVP)**

Médecin de l'enfant : Dr.....Tél. ....

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations ? OUI  NON  Si non, certificat de contre-indication temporaire (valable 6 mois) .

Régime alimentaire particulier : OUI  NON  Si oui lequel : .....

Allergies : Si oui, lesquelles ? .....

CAT : .....

Nécessitant un traitement ? Si oui, lequel ? .....

Votre enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence chez Enjoy English OUI  NON

Si oui joindre obligatoirement la prescription médicale et les médicaments correspondants (boites de médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant avec la notice).

J'autorise l'infirmière à donner le traitement médical prescrit par le médecin traitant ou le médecin d'Enjoy English

OUI  NON

Mise en place d'un P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) ? OUI  NON

Nom du médecin Dr.....

Si oui joindre le protocole à jour et toutes les informations utiles.

Problèmes de santé connus à l'inscription : Maladie chronique  Maladie récurrentes (otites...)  Handicap

Si oui, précisez .....

avec médecin spécialiste ? OUI  NON

Médecin Spécialiste de l'enfant : Dr.....

Port de lunettes OUI  NON  Port de prothèses auditives OUI  NON

Autres recommandations :

.....

Je soussigné(e) ..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur ce document

Date :

Signature :