



## INSCRIPTION 2016 - 2017

**Nom :** .....

**Prénom :** ..... **Nom de jungle ou totem :** .....

Date de naissance : / / Lieu de naissance : ..... ( )

**Adresse :** .....

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

Coordonnées du scout : (les coordonnées des parents sont à inscrire plus bas)

N° tél. Domicile : / / / / E-mail : .....

N° tél. Portable : / / / /

### **Pour les mineurs :**

**Père :** Nom, prénom : ..... Profession : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

Tel. Dom. : ..... Tel. Port. : ..... Tel. Travail : .....

E-mail : .....

**Mère :** Nom, prénom : ..... Profession : .....

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : .....

Tel. Dom. : ..... Tel. Port. : ..... Tel. Travail : .....

E-mail : .....

### **Ton parcours dans le scoutisme :**

Date d'entrée dans le scoutisme : .....

Comment j'ai connu les Eclaireurs Alpains : .....

### **Assurances:**

Affiliation à la sécurité sociale  oui  non N° : .....

Régime complémentaire : .....

Autre assurance (ex. : assurance élèves ...)  oui  non

Dénomination : ..... N° du contrat : .....

Garantie des Risques Autres Que Véhicules A Moteur (RAQVAL) souscrite par l'adhérent ou ses parents :  MAIF  FILIA-MAIF  Aucune

Si oui, sous quel numéro de sociétaire ?

### **Éléments à communiquer aux responsables :**

.....

Je joint mon règlement par :  Chèque  Espèces De : .....Euros

Date : ..... Signature (du responsable légal pour les mineurs) :

L'adhésion aux Eclaireuses et Eclaireurs Alpains implique l'acceptation du règlement intérieur sans conditions, ainsi que celle des statuts



## ECLAIREUSES & ECLAIREURS ALPINS - GROUPE D'ANNECY -

[www.scout-eea.org](http://www.scout-eea.org) – 1, place Georges Boileau, 74370 Pringy

Association de scoutisme laïque membre de la Fédération des Eclaireuses et Eclaireurs (N°92 413)

### Adhésion à l'association des Eclaireuses et Eclaireurs Alpains

Documents à fournir :

- **Fiche d'inscription de l'année en cours**
- **La cotisation** : Joindre le règlement du montant de la cotisation à l'ordre des Eclaireuses et des Eclaireurs Alpains.

Pour l'année scolaire :

1<sup>er</sup> enfant : **75€**                      2<sup>ème</sup> enfant : **65€**

3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> enfant : **55€**

Responsables et Dahus<sup>1</sup> : à partir de 20€

Pour une inscription en cours d'année :

Au 2<sup>ème</sup> trimestre : **50€**

Au 3<sup>ème</sup> trimestre et pour le camp : **30€**

(soit 20 , 25 , 30 euros par trimestre)

*Il ne pourra pas y avoir de remboursement pour tout arrêt durant l'année.*

***Le prix de la cotisation comprend*** : l'assurance, la cotisation à la Fédération des Eclaireuses et des Eclaireurs (22€), les frais pédagogiques, les formations des responsables, les frais de communication et de gestion du groupe.

*Les responsables ainsi que les Dahus (parents membre du Conseil d'Administration) sont tous bénévoles.*

- **La fiche sanitaire** : Compléter et faire signer (par le responsable légal) la fiche sanitaire
- **Attestations de vaccination des mineurs accueillis**

**Envoyez vos dossiers complets à :**

Stéphanie Bottollier  
461 Chemin de Ronzier  
74370 Villaz

Helarcte (Paul Ferrante),  
chef de groupe

**Info sur l'uniforme :**



Le foulard et les insignes te seront offerts la première fois. Pour le reste de ta tenue scout (chemise, pantalon, short, pull), renseigne toi auprès de la coopérative, tu pourrais y trouver de bonnes affaires.

<sup>1</sup> Dahus : Patouille des parents membres du CA





**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. 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 :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

**OBSERVATIONS**

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