



CAMPS | WINTER AND  
ÉTÉ ET HIVER | SUMMER CAMPS

# DOSSIER D'INSCRIPTION APPLICATION FORM

PHOTO  
DE L'ENFANT / PASSPORT  
PHOTO

<b>PARENTS</b>	Nom et prénom / Surname and name	Profession
Père / Father		
Mère / Mother		

Les enfants vivent avec / Children living with :  Parents  Mère/Mother  Père/Father

Adresse / Address	Tél. domicile / Phone number home	Fax :
	Tél. professionnel père / Work tel. no. father	Tél. mobile / mobile telephone
	Tél. professionnel mère / Work tel. no.mother	Tél. mobile / mobile telephone
e-mail Père / Father :		
e-mail Mère / Mother :		

<b>ENFANTS / CHILDREN</b>			Nom / Surname :
Prénom Name	Date de naissance Date of Birth	Sexe M / F	<b>ETUDES / STUDIES Dès 6 ans / From 6 years old</b> <input type="checkbox"/> Français / French <input type="checkbox"/> Anglais / English <input type="checkbox"/> Soutien scolaire / Special support <input type="checkbox"/> <b>OPTION EQUITATION / HORSE-RIDING (ETE / SUMMER)</b> <input type="checkbox"/> <b>OPTION KARTING (ETE / SUMMER)</b> <input type="checkbox"/> <b>OPTION EXPLORATEUR / EXPLORER</b> <input type="checkbox"/> <b>OPTION TENNIS INTENSIF / INTENSIVE TENNIS</b> <input type="checkbox"/> <b>OPTION SNOWBOARD (HIVER / WINTER)</b> <input type="checkbox"/> <b>OPTION FREE STYLE</b>
1			
2			
3			
4			
Ecole fréquentée par l'enfant / Name of school attended by child :			Nationalité / Nationality :

<input type="checkbox"/> <b>Externat</b>	<input type="checkbox"/> <b>Day Camp</b>
<input type="checkbox"/> <b>Internat</b>	<input type="checkbox"/> <b>Boarding Camp</b>
Date d'arrivée / Date of arrival : _____	Date de départ / Date of departure : _____
VOYAGE : Arrivée avec les parents / With parents :	<input type="checkbox"/> Arrivée/Arrival <input type="checkbox"/> Retour/Return
Genève aéroport, transferts groupés du samedi (selon horaires) Geneva airport Group transfers on Saturday (according to schedules) :	<input type="checkbox"/> Arrivée/Arrival <input type="checkbox"/> Retour/Return
Genève aéroport - Geneva airport transfert individuel / Individual transfer :	<input type="checkbox"/> Arrivée/Arrival <input type="checkbox"/> Retour/Return
Vacances d'hiver : groupe TGV au départ de Paris Winter Holidays : Group from Paris by train TGV:	<input type="checkbox"/> Aller/ <input type="checkbox"/> Retour/Return

How did you find out about Préfleuri ? Comment avez-vous eu connaissance du Préfleuri ? <input type="checkbox"/> Par la presse - Nom du journal Name of newspaper _____ <input type="checkbox"/> Par une relation d'affaire / Business relation <input type="checkbox"/> Par des amis / Friends-Family <input type="checkbox"/> Internet	Le Préfleuri vous a été recommandé par : Préfleuri was recommended by : _____ _____
---	--

# INFORMATIONS GÉNÉRALES HIVER GENERAL INFORMATION WINTER

NOM / SURNAME

PRENOM	PRENOM	CHRISTIAN NAME	CHRISTIAN NAME
--------	--------	----------------	----------------



## INFORMATIONS MÉDICALES / MEDICAL INFORMATION

<p><b>ALLERGIES</b></p> <p><b>OPERATIONS</b></p> <p><b>LESIONS ANTERIEURES</b></p> <p><b>TRAITEMENT EN COURS</b></p> <p><b>FRAGILITES</b>  <input type="checkbox"/> Gorge    <input type="checkbox"/> Oreilles  <input type="checkbox"/> Bronches  <input type="checkbox"/> Constipation  <input type="checkbox"/> Diarrhées</p> <p><b>MALADIES</b>  <input type="checkbox"/> Eczema    <input type="checkbox"/> Asthme  <input type="checkbox"/> Varicelle    <input type="checkbox"/> Rougeole  <input type="checkbox"/> Rubéole    <input type="checkbox"/> Oreillons  <input type="checkbox"/> Paludisme  <input type="checkbox"/> Hépatite virale</p> <p><b>VACCINATIONS</b>          (date du vaccin /          rappel)  <input type="checkbox"/> Rougeole _____  <input type="checkbox"/> Rubéole (ROR) _____  <input type="checkbox"/> Diphtérie _____  <input type="checkbox"/> Oreillons _____  <input type="checkbox"/> Tétanos _____</p> <p><b>REMARQUES</b></p>	<p><b>ALLERGIES</b></p> <p><b>OPERATIONS</b></p> <p><b>LESIONS ANTERIEURES</b></p> <p><b>TRAITEMENT EN COURS</b></p> <p><b>FRAGILITES</b>  <input type="checkbox"/> Gorge    <input type="checkbox"/> Oreilles  <input type="checkbox"/> Bronches  <input type="checkbox"/> Constipation  <input type="checkbox"/> Diarrhées</p> <p><b>MALADIES</b>  <input type="checkbox"/> Eczema    <input type="checkbox"/> Asthme  <input type="checkbox"/> Varicelle    <input type="checkbox"/> Rougeole  <input type="checkbox"/> Rubéole    <input type="checkbox"/> Oreillons  <input type="checkbox"/> Paludisme  <input type="checkbox"/> Hépatite virale</p> <p><b>VACCINATIONS</b>          (date du vaccin / rappel)  <input type="checkbox"/> Rougeole _____  <input type="checkbox"/> Rubéole (ROR) _____  <input type="checkbox"/> Diphtérie _____  <input type="checkbox"/> Oreillons _____  <input type="checkbox"/> Tétanos _____</p> <p><b>REMARQUES</b></p>	<p><b>ALLERGIES</b></p> <p><b>OPERATIONS</b></p> <p><b>FORMER INJURIES</b></p> <p><b>TREATMENT IN PROGRESS</b></p> <p><b>WEAKNESSES</b>  <input type="checkbox"/> Throat    <input type="checkbox"/> Ears  <input type="checkbox"/> Chest problems  <input type="checkbox"/> Constipation  <input type="checkbox"/> Diarrhoea</p> <p><b>ILLNESS</b>  <input type="checkbox"/> Eczema    <input type="checkbox"/> Asthma  <input type="checkbox"/> Chicken pox    <input type="checkbox"/> Measles  <input type="checkbox"/> German measles  <input type="checkbox"/> Mumps    <input type="checkbox"/> Malaria  <input type="checkbox"/> Viral hepatitis</p> <p><b>VACCINATIONS</b>          (last booster date)  <input type="checkbox"/> Measles _____  <input type="checkbox"/> German _____  <input type="checkbox"/> Measels _____  <input type="checkbox"/> Mumps _____  <input type="checkbox"/> Diphteria _____  <input type="checkbox"/> Tetanus _____</p> <p><b>NOTICE</b></p>	<p><b>ALLERGIES</b></p> <p><b>OPERATIONS</b></p> <p><b>FORMER INJURIES</b></p> <p><b>TREATMENT IN PROGRESS</b></p> <p><b>WEAKNESSES</b>  <input type="checkbox"/> Throat    <input type="checkbox"/> Ears  <input type="checkbox"/> Chest problems  <input type="checkbox"/> Constipation  <input type="checkbox"/> Diarrhoea</p> <p><b>ILLNESS</b>  <input type="checkbox"/> Eczema    <input type="checkbox"/> Asthma  <input type="checkbox"/> Chicken pox    <input type="checkbox"/> Measles  <input type="checkbox"/> German measles  <input type="checkbox"/> Mumps    <input type="checkbox"/> Malaria  <input type="checkbox"/> Viral hepatitis</p> <p><b>VACCINATIONS</b>          (last booster date)  <input type="checkbox"/> Measles _____  <input type="checkbox"/> German _____  <input type="checkbox"/> Measels _____  <input type="checkbox"/> Mumps _____  <input type="checkbox"/> Diphteria _____  <input type="checkbox"/> Tetanus _____</p> <p><b>NOTICE</b></p>
--	---	--	--



## INFORMATIONS ALIMENTAIRES / DIETARY REQUIREMENTS

<p><b>REGIME ALIMENTAIRE:</b>  <input type="checkbox"/> Selon indication médicale  <input type="checkbox"/> Religion    <input type="checkbox"/> Sans porc  <input type="checkbox"/> Allergies _____  <input type="checkbox"/> Autre _____</p>	<p><b>REGIME ALIMENTAIRE:</b>  <input type="checkbox"/> Selon indication médicale  <input type="checkbox"/> Religion    <input type="checkbox"/> Sans porc  <input type="checkbox"/> Allergies _____  <input type="checkbox"/> Autre _____</p>	<p><b>SPECIAL DIET:</b>  <input type="checkbox"/> Medical condition  <input type="checkbox"/> Religious    <input type="checkbox"/> No pork  <input type="checkbox"/> Allergies _____  <input type="checkbox"/> Other _____</p>	<p><b>SPECIAL DIET:</b>  <input type="checkbox"/> Medical condition  <input type="checkbox"/> Religious    <input type="checkbox"/> No pork  <input type="checkbox"/> Allergies _____  <input type="checkbox"/> Other _____</p>
--	--	---	---



## INFORMATIONS LINGUISTIQUES / LANGUAGE INFORMATION

<p><b>Quelle(s) langue(s) parle-t-il ?</b> Indiquez son niveau:          (LM = Langue maternelle; TB = Très bien; B = Bien; D = Débutant)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Français</td> <td><input type="checkbox"/> Allemand</td> <td><input type="checkbox"/> Français</td> <td><input type="checkbox"/> Allemand</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anglais</td> <td><input type="checkbox"/> Arabe</td> <td><input type="checkbox"/> Anglais</td> <td><input type="checkbox"/> Arabe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Italien</td> <td><input type="checkbox"/> Russe</td> <td><input type="checkbox"/> Italien</td> <td><input type="checkbox"/> Russe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Espagnol</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Espagnol</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Autre _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Autre _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Russe	<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Russe	<input type="checkbox"/> Espagnol		<input type="checkbox"/> Espagnol		<input type="checkbox"/> Autre _____		<input type="checkbox"/> Autre _____		<p><b>Which language(s) does your child speak?</b> Please indicate the level :          (MT = Mother tongue; VG= Very good; G = Good; B = Beginner)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> French</td> <td><input type="checkbox"/> German</td> <td><input type="checkbox"/> French</td> <td><input type="checkbox"/> German</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> English</td> <td><input type="checkbox"/> Arabic</td> <td><input type="checkbox"/> English</td> <td><input type="checkbox"/> Arabic</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Italian</td> <td><input type="checkbox"/> Russian</td> <td><input type="checkbox"/> Italian</td> <td><input type="checkbox"/> Russian</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Spanish</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Spanish</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Other _____</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Other _____</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> French	<input type="checkbox"/> German	<input type="checkbox"/> French	<input type="checkbox"/> German	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Arabic	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Arabic	<input type="checkbox"/> Italian	<input type="checkbox"/> Russian	<input type="checkbox"/> Italian	<input type="checkbox"/> Russian	<input type="checkbox"/> Spanish		<input type="checkbox"/> Spanish		<input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> Other _____	
<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Allemand																																						
<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Arabe																																						
<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Russe	<input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Russe																																						
<input type="checkbox"/> Espagnol		<input type="checkbox"/> Espagnol																																							
<input type="checkbox"/> Autre _____		<input type="checkbox"/> Autre _____																																							
<input type="checkbox"/> French	<input type="checkbox"/> German	<input type="checkbox"/> French	<input type="checkbox"/> German																																						
<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Arabic	<input type="checkbox"/> English	<input type="checkbox"/> Arabic																																						
<input type="checkbox"/> Italian	<input type="checkbox"/> Russian	<input type="checkbox"/> Italian	<input type="checkbox"/> Russian																																						
<input type="checkbox"/> Spanish		<input type="checkbox"/> Spanish																																							
<input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> Other _____																																							



## INFORMATIONS SPORTIVES / SPORTS INFORMATION

<p><b>Indiquez le niveau de votre enfant pour les sports suivants:</b>          (A = Avancé; M = Moyen; D = Débutant; J = Jamais pratiqué)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ski</td> <td><input type="checkbox"/> Natation</td> <td><input type="checkbox"/> Ski</td> <td><input type="checkbox"/> Natation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Snow board</td> <td><input type="checkbox"/> Escalade</td> <td><input type="checkbox"/> Snow board</td> <td><input type="checkbox"/> Escalade</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Patinage sur glace</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Patinage sur glace</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ski	<input type="checkbox"/> Natation	<input type="checkbox"/> Ski	<input type="checkbox"/> Natation	<input type="checkbox"/> Snow board	<input type="checkbox"/> Escalade	<input type="checkbox"/> Snow board	<input type="checkbox"/> Escalade	<input type="checkbox"/> Patinage sur glace		<input type="checkbox"/> Patinage sur glace		<p><b>Indicate the level of your child for the following sports</b>          A = Advanced; I = Intermediate; B = Beginner; N = Never played)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ski</td> <td><input type="checkbox"/> Swimming</td> <td><input type="checkbox"/> Ski</td> <td><input type="checkbox"/> Swimming</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Snow board</td> <td><input type="checkbox"/> Climbing</td> <td><input type="checkbox"/> Snow board</td> <td><input type="checkbox"/> Climbing</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ice skating</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Ice skating</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Ski	<input type="checkbox"/> Swimming	<input type="checkbox"/> Ski	<input type="checkbox"/> Swimming	<input type="checkbox"/> Snow board	<input type="checkbox"/> Climbing	<input type="checkbox"/> Snow board	<input type="checkbox"/> Climbing	<input type="checkbox"/> Ice skating		<input type="checkbox"/> Ice skating	
<input type="checkbox"/> Ski	<input type="checkbox"/> Natation	<input type="checkbox"/> Ski	<input type="checkbox"/> Natation																						
<input type="checkbox"/> Snow board	<input type="checkbox"/> Escalade	<input type="checkbox"/> Snow board	<input type="checkbox"/> Escalade																						
<input type="checkbox"/> Patinage sur glace		<input type="checkbox"/> Patinage sur glace																							
<input type="checkbox"/> Ski	<input type="checkbox"/> Swimming	<input type="checkbox"/> Ski	<input type="checkbox"/> Swimming																						
<input type="checkbox"/> Snow board	<input type="checkbox"/> Climbing	<input type="checkbox"/> Snow board	<input type="checkbox"/> Climbing																						
<input type="checkbox"/> Ice skating		<input type="checkbox"/> Ice skating																							



## CONDITIONS GENERALES / GENERAL NOTES AND CONDITIONS

**Toute inscription implique l'acceptation des conditions générales de l'école, même si le formulaire n'a pas été signé.** Prix nets, établis en francs suisses, par enfant. Tout séjour réservé est intégralement dû. Aucune déduction en cas d'arrivée tardive de l'enfant, d'absence en cours de séjour ou de départ anticipé. Frais en cas d'annulation annoncée par courrier recommandé : de 30 à 10 jours avant l'arrivée = 1'000.- Sfr. / Moins de 10 jours avant l'arrivée = Le séjour total. Programmes établis sous réserve de modifications. Dégâts matériels causés par un enfant à charge des parents.  
 For juridique à Aigle (Suisse).

**General conditions are accepted even if the application is not signed.** All prices are net and are quoted in Swiss Francs, per child. Each period booked is non-refundable. No deduction in the case of late arrival of the child, absence during the stay or unscheduled departure. Fees in case of cancellation announced by registered mail : Between 30 and 10 days before the start of the stay = 1'000.- Sfr / Less than 10 days before the start of the stay = Total stay. In case of damage inflicted by the child, a replacement charge may be levied.  
 In case of unforeseen circumstances we reserve the right to change our programme. For juridique at Aigle (Switzerland).

Date et signature  
Date and signature