

Nom du Séjour :

Dates : du au

Ville Départ / Retour :/.....

Option(s) (le cas échéant) :

.....

ADRESSE E-MAIL DE CORRESPONDANCE

(utilisée pour l'envoi de la convocation, trousseau, identifiant de l'espace adhérent Aroéven)

.....@.....

PARTICIPANT

NOM (en majuscule) :

Sexe : ☐ M ☐ F

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

RESPONSABLE LÉGAL

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal

☐ Autre :

NOM :

Prénom :

N° et Rue :

Complément :

Code postal : Ville :

Pays (si étranger) :

Email :

Tel n°1 : Tel n°2 :

PERSONNE EN CHARGE DE L'INSCRIPTION

(si différent du responsable légal)

Structure (le cas échéant) :

SIRET :

N° et rue :

Complément :

Code postal : Ville :

Email :

Tel fixe :

CORRESPONDANT EN CHARGE DE L'INSCRIPTION :

NOM : Prénom :

Fonction : Tel :

Email :

Le cas échéant, nom de l'éducateur ou de l'assistante sociale à contacter durant le séjour :

Téléphone : Adresse e-mail :

DROIT À L'IMAGE

☐ N'autorise pas / ☐ Autorise l'AROEVEN l'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour à photographier et filmer l'enfant inscrit durant ce séjour ou cette formation. Cela autorise l'Aroéven organisatrice, les Aroéven conventionnées et la Fédération des Aroéven, à utiliser, fixer, reproduire et communiquer les photos et les vidéos réalisées lors du séjour, dans la limite de durée légale. Les photos et les vidéos pourront être reproduites, en partie ou en totalité, sur tout support (papier, numérique, vidéo...) et intégrées à tout autre matériel (illustration, dessin, peinture, animation...) connu et à venir. Il est entendu que L'Aroéven et la Fédération des Aroéven s'interdisent expressément une exploitation des photographies ou des vidéos, susceptibles de porter atteinte à la vie privée de l'enfant. Ni nom, ni adresse, n'apparaîtront dans l'utilisation qui peut en être faite. Les représentants légaux pourront demander à ce que les photographies et les vidéos ne soient plus utilisées, en informant, l'Aroéven d'inscription par courrier ou mail.

AIDES FINANCIÈRES

☐ Aide aux vacances accordée par une CAF

si oui, N° Dpt : N° allocataire :

☐ Aide aux vacances accordée par la MSA

si oui, N° Dpt : N° allocataire :

Autres aides financières sollicitées :

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant

adhère à l'Aroéven en tant que membre bénéficiaire et certifie

avoir pris connaissance des conditions générales de vente sur le

site www.aroeven.fr et les accepte.

Prix du séjour :

Assurance annulation : OUI NON

Montant payé :

Mode de règlement :

Fait à le / /

Signature obligatoire
du responsable légal :

NOM du participant (en majuscule) :

Prénom :

Âge :

**PHOTO
RECENTE**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Maladies contractées (cases à cocher) :

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| ☐ Rubéole | ☐ Varicelle | ☐ Angine |
| ☐ Coqueluche | ☐ Otite | ☐ Scarlatine |
| ☐ Rhumatisme | ☐ Oreillons | ☐ Rougeole |

Allergies (cases à cocher) :

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ Asthme | ☐ Alimentaires | ☐ Médicamenteuses |
| ☐ Autres : | | |

Traitement (cases à cocher) :

- ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre une photocopie d'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 pris sans ordonnance.

Autres difficultés de santé (opérations, accidents) :

(Précisez le cas échéant les dates, et éventuelles précautions à prendre)

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

Précisez les causes de l'allergie et la conduite à tenir :

(Si automédication le signaler)

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

Autres informations médicales :

Groupe sanguin :

Taille :

Poids :

Vaccinations (remplir ou joindre une photocopie des vaccinations du carnet de santé)

- | | |
|---|--|
| ☐ Diphtérie, Tétanos, Poliomélyte (DTP) (date dernière vaccination : | ☐ Infections invasives à pneumocoque (date dernière vaccination : |
| ☐ Hépatite B (date dernière vaccination :) | ☐ Meningocoque (A B C W Y) (date dernière vaccination :) |
| ☐ Coqueluche (date dernière vaccination : | |
| ☐ Rougeoles, Oreillons, Rubéole (ROR) (date dernière vaccination : | ☐ Haemophilus influenzae de type B (date dernière vaccination : |
| ☐ Autres : | |

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.

AUTRES INFORMATIONS

Régime alimentaire particulier :

L'enfant mouille-t-il au lit ? ☐ Oui ☐ Non ☐ Occasionnellement

Si c'est une fille, est-elle réglée ? ☐ Oui ☐ Non

Est-ce son premier départ en collectivité ? ☐ Oui ☐ Non

Porte-t-il des lunettes ? des lentilles ? ☐ Oui ☐ Non si oui, précisez :

Porte-t-il des aides auditives ? ☐ Oui ☐ Non

Porte-t-il un appareil dentaire ? ☐ Oui ☐ Non

Nom et numéro du médecin traitant :

N° de Sécurité Sociale couvrant l'inscrit :

Si le participant a plus de 16 ans, fournir sa carte vitale personnelle le jour du départ

Bénéficiez-vous de l'aide Médicale (CMU) ? ☐ Oui ☐ Non

Joindre obligatoirement l'attestation de prise en charge CMU en cours de validité à la date du séjour

Recommandations et observations des responsables légaux

(Notez ici toutes les indications que vous jugez utiles (comportement de l'enfant, recommandations particulières etc.)

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

Si vous ne pouvez pas venir chercher votre enfant au retour du séjour, merci de nous fournir une attestation signée de votre main en nous mentionnant les modalités de retour du jeune (retour seul ou noms des personnes qui le prendront en charge).

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche, engage ma responsabilité en cas d'inexactitude ou oubli de signaler tout traitement, suivi ou antécédent médical.

J'autorise l'Aroéven et le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par

l'état de santé de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le responsable du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

Fait à le / /

**Signature obligatoire
du responsable légal :**