

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
☐ Aide aux vacances accordée par la MSA
 Autres aides financières sollicitées :

 si oui, N° Dpt : N° allocataire :
 si oui, N° Dpt : N° allocataire :

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)

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

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

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 d'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 :**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (à compléter par le responsable légal)

LES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : ____/____/____/____/____ Tél. portable : ____/____/____/____/____

Autre numéro joignable pendant le séjour (facultatif) : ____/____/____/____/____

Adresse mail : _____

Responsable légal 2 (facultatif) :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : ____/____/____/____/____ Tél. portable : ____/____/____/____/____

Autre numéro joignable pendant le séjour (facultatif) : ____/____/____/____/____

Adresse mail : _____

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

(susceptible d'accueillir le jeune en cas de rapatriement sanitaire ou de renvoi)

NOM - Prénom : _____

Tél. domicile : ____/____/____/____/____ Tél. portable : ____/____/____/____/____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

PERSONNE AUTORISÉE À RÉCUPÉRER L'ENFANT

(si différente des responsables légaux)

NOM - Prénom : _____

Téléphone : ____/____/____/____/____

COUVERTURE ET PROTECTION SOCIALE

Numéro de sécurité sociale : _____

Nom de la complémentaire santé : _____

N° d'adhérent : _____

Bénéficiez-vous de l'aide médicale gratuite (CMU) ? OUI ☐ NON ☐

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Compagnie : _____

N° de contrat : _____

N° de téléphone de l'agence : ____/____/____/____/____

MÉDECIN TRAITANT

Nom : Dr. _____

Téléphone : ____/____/____/____/____ Ville : _____

DÉCLARATION DES RESPONSABLES LEGAUX (à compléter par responsable légal)

Je soussigné.e _____

Père, mère, tuteur, responsable (rayez la mention inutile) du jeune :

l'autorise à participer au séjour et à pratiquer toutes les activités proposées dans le cadre du séjour de vacances.

Je déclare :

- Autoriser le directeur à faire soigner l'enfant et à faire pratiquer toutes les interventions d'urgences suivant les prescriptions du médecin.
- Me conformer aux conditions générales de ventes concernant l'utilisation d'images.
- M'engager à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation non remboursés par la sécurité sociale (y compris les actes à l'étranger).
- M'engager en cas de renvoi pour raison d'inadaptation ou d'indiscipline, à prendre à ma charge les frais dus à un retour individuel ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur et renoncer à toute demande de remboursement de séjour.
- Autoriser l'équipe d'animation à transporter mon enfant en véhicule personnel durant le séjour.
- M'engager à me présenter auprès d'un membre de l'équipe (directeur, animateur...) au retour de séjour de mon enfant.
- Dégager la responsabilité de l'AROEVEN avant le regroupement et après la dispersion du groupe.
 - Certifier exacts les renseignements portés sur ce dossier et atteste n'avoir omis aucune information médicale pour le bon déroulement du séjour de l'enfant.

Signature
Précédée de la mention
«Lu et approuvé»

Fait à _____

le ____ / ____ / 20__

CHARTRE DU PARTICIPANT (à lire et à signer par le participant et le responsable)

Tu as choisi de t'inscrire à un séjour de l'AROEVEN dont le but est de faire passer à tous les participants des vacances saines, agréables et enrichissantes.

Le centre de Vacances est un lieu de vie citoyenne où tu vas vivre en collectivité, sous la responsabilité de personnels qualifiés.

Afin de développer cette citoyenneté et de bien vivre ensemble, tu auras donc des DROITS (émettre un avis, faire des propositions, être respecté.e...) et des DEVOIRS, par le respect d'un ensemble de règles portant sur :

- la législation (interdiction de fumer, de consommer des alcools et des stupéfiants, non mixité dans les chambres et sanitaires),
- la sécurité (respect des consignes, du matériel),
- la vie collective (respect des horaires, des participants, des lieux),
- la vie quotidienne (participation active aux tâches liées au fonctionnement du séjour),
- les activités (investissement dans les diverses propositions et dans leur mise en œuvre).

Toute conduite susceptible de nuire au bon fonctionnement du groupe (non-respect des règles, violences verbales ou physiques, atteinte à la sécurité d'autrui, comportement à risques, vol, usage de produits illicites, ...) remettrait en cause ce contrat, ce qui pourrait entraîner des mesures adaptées pouvant aller jusqu'au renvoi aux frais des parents ou responsables légaux.

Nous comptons sur ta collaboration et sommes prêts à recevoir toute proposition allant dans le sens d'une meilleure qualité de la vie collective et d'une amélioration du séjour.

☐ J'ai bien pris connaissance de cette Charte et m'engage à la respecter.

Nom et prénom du participant.e : _____

Nom du séjour : _____

Signature
du jeune :

Signature
des parents :

DOCUMENTS INDISPENSABLES À JOINDRE À CE DOSSIER :



☐ Attestation de droits à l'assurance maladie / mutuelle, le cas échéant CMU ☐

☐ Photocopie du carnet de vaccinations (à jour), le cas échéant un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité ☐

☐ Attestation d'assurance « responsabilité civile » ☐

☐ Attestation CAF (pour les personnes bénéficiant des aides) ☐

☐ Photocopie de la carte d'identité (recto-verso) ou livret de famille (parents/enfants pour les enfants de moins de 6 ans) ☐

☐ Attestation scolaire "savoir nager" pour NOMPATELIZE et JARVILLE LA MALGRANGE ☐

Attestation "pass- nautique" pour CARGESE
(à faire remplir en piscine)

