Aroéven Clermont Ferrand AURA
22 rue Beau de Rochas 63110 BEAUMONT
Tél. 04 73 91 27 02 – Courriel : aroeven.clermont-fd@aroeven.fr

BULLETIN INDIVIDUEL d'INSCRIPTION Accueil de loisirs

« Les semaines de pleine nature »

Nom du participant :	Prénom :	
Sexe : F ☐ M ☐ né(e) le / /	à	Nationalité :
Responsable légal : Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal ☐ Autre > préciser :		
Nom :	Prénom :	
Adresse :		
Code postal :	Ville :	Pays :
Tél. (1) :	Tél. (2) :	
E-mail :		Autre(s) enfant(s) inscrit(s) à l'Aroéven Oui ☐ Non ☐
Personne à prévenir en urgence (Nom, lien avec l'enfant et téléphone) :		

Je choisis ma ou mes semaines	Tarifs (Dégressif en fonction du QF CAF)	Choix
Lundi 12 au 16 avril 2027 – 5 jours	355,00 €	☐
Lundi 5 au vendredi 9 juillet 2027 – 5 jours	350,00 €	☐
Lundi 12 au vendredi 16 juillet 2027 – 4 jours	300,00 €	☐
Lundi 19 au vendredi 23 juillet 2027 – 5 jours	350,00 €	☐
Lundi 26 au 30 juillet 2027 – 5 jours	350,00 €	☐
Lundi 25 au vendredi 29 octobre 2027 – 5 jours	360,00 €	☐

Afin de bénéficier des tarifs dégressifs, merci de nous fournir votre attestation de quotient familial CAF ou MSA

N° allocataire :	Quotient familial :

Règlement à la réservation

Acompte de 30 % en fonction du tarif dégressif	_____€	• Règlement par chèque, chèques vacances ANCV ou en ligne via https://www.aroeven-clermont.fr/paiement-libre • Référence facture : Nom du participant + semaine choisie *Paiement échelonné sans frais possible après accord du service comptabilité.*

Je soussigné(e) (NOM et Prénom)_____agissant tant pour moi-même que pour le compte du participant, adhère à l'association par le biais de cette inscription et certifie avoir pris connaissance des conditions générales de vente qui figurent sur le site https://www.aroeven.fr/conditions-generales-de-vente-et-dinscription et les accepte.

A .....
Le .....

Signature obligatoire du représentant légal

Aroéven Clermont Auvergne
22 rue Beau de Rochas 63110 BEAUMONT
Tél. 04 73 91 27 02 – Courriel : aroeven.clermont-fd@aroeven.fr

DEMANDE DE CESSION DE DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e) : .....
Demeurant :.....
Responsable légal de : .....

Autorise l'association Aroéven Clermont Ferrand AURA, domiciliée 22 rue Beau de Rochas 63110 BEAUMONT

À capturer, stocker, utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des supports fixant l'image ou la voix de mon enfant mineur (mentionné ci-dessus).

A exploiter ces supports, en partie ou en totalité, à des fins d'enseignement et de recherche, culturel ou scientifique ou d'exploitation commerciale à destination de ses bénéficiaires.

Conformément à la réglementation générale à la protection des données personnelles, **vous disposez d'un droit d'accès et de rectification** aux données vous concernant qui seront conservées pendant un an.

Pour exercer ce droit, adressez-vous àl 'Aroéven Clermont Ferrand AURA.

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants pour lesquels l'accord est demandé :

Publication dans une revue, ouvrage ou journal	☐ Oui	☐ Non
Présentation au public lors d'expositions	☐ Oui	☐ Non
Illustration des sites Aroéven	☐ Oui	☐ Non
Réseaux sociaux de l'association	☐ Oui	☐ Non
Chaîne Youtube de l'association	☐ Oui	☐ Non
Album photos des sorties	☐ Oui	☐ Non

Dans le cas où aucune de ces cases n'est cochée ou si ce document ne nous est pas retourné, l'Aroéven considérera que le consentement est refusé.

A .....
Le .....

Signature

Les informations recueillies sont nécessaires pour procéder à l'inscription du participant. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et accéder aux informations vous concernant, veuillez nous adresser un mail à : aroeven.clermont-fd@aroeven.fr

Aroéven Clermont Auvergne
22 rue Beau de Rochas 63110 BEAUMONT
Tél. 04 73 91 27 02 – Courriel : aroeven.clermont-fd@aroeven.fr

FICHE ANNEXE

Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant

ARRETS ET HORAIRES

[Les horaires indiqués sont ceux du départ de l'autocar, merci d'être présent 5 minutes en avance]

Arrêts	Aller	Retour	Arrêt choisi
Aroéven – 22 rue Beau de Rochas, 63110 Beaumont	8h25	18h20	☐
CSE Michelin – parking 8 Rue Jacques Magnier, 63100 Clermont-Ferrand	9h00	17h45	☐

Accueil au CSE Michelin à partir 8h00 à 9h00 et 17h45 à 18h30

TARIFS 2026

Accueil de Loisirs Sans Hébergement

Quotient familial CAF	Taux de réduction semaine
0 à 350	**60 %**
351 à 500	**40 %**
501 à 700	**20 %**
701 à 900	**10 %**
1501 et plus	**0 %**

Tarifs réservés aux individuels (CSE ou autres prises en charge, nous consulter)

- Bourses Aroéven sans limites de QF et autres aides
- Nous consulter pour un tarif personnalisé

Aroéven Clermont Auvergne
22 rue Beau de Rochas 63110 BEAUMONT
Tél. 04 73 91 27 02 – Courriel : aroeven.clermont-fd@aroeven.fr

FICHE SANITAIRE

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles lors des temps d'accueil de votre enfant.

Nom et prénom du participant		
Date de naissance :	Age :	Sexe : ☐ F ☐ M

ACCUEIL DE VOTRE ENFANT

Indiquez ici les éléments à transmettre au directeur afin d'accueillir votre enfant dans les meilleures conditions (comportement, traumatismes, troubles, etc.)

VACCINATIONS

☐ **Mon enfant est vacciné** : Vous devez Joindre les photocopies des pages du carnet de santé correspondant aux vaccins obligatoires https://www.service-public.fr

☐ **Mon enfant n'est pas vacciné** : Vous devez obligatoirement joindre un certificat médical de contre-indication à la vaccination

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Votre enfant a-t-il déjà eu des maladies infantiles (varicelle, coqueluche, rubéole, etc.) ? Si oui, préciser :

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

• Votre enfant a-t-il des allergies médicamenteuses ? Si oui, préciser :

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

• Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Si oui, préciser :

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

• Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant les dates et les précautions à prendre (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations chirurgicales)

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

• Votre enfant suit-il un traitement ? Si oui, lequel et pour quelle raison ?

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

- Votre enfant a-t-il un PAI ? Si oui, merci de nous le transmettre

  ☐ Oui ☐ Non
- Votre enfant porte-t-il des lunettes ?

  ☐ Oui ☐ Non

RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : .....
Prénom : .....
Adresse postale : .....
.....
.....
Tél 1 : ..... Tél 2 : .....

N° de sécurité sociale où est rattaché l'enfant : .....
.....
Adresse de la CPAM dont vous dépendez : .....
.....
.....

Nom de votre mutuelle : .....
.....
Adresse de votre mutuelle : .....
.....

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Nom et prénom du responsable légal .....
.....
A .....
Le .....

Signature

☐ Joindre copies des pages du carnet de santé avec les vaccins

☐ Joindre copies recto-verso de votre carte de mutuelle