BULLETIN D'INSCRIPTION

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) ....., Prix du séjour : .....

responsable légal de l'enfant ....., Assurance annulation : OUI NON

adhère à l'Aroéven en tant que membre bénéficiaire et certifie Montant payé : .....

avoir pris connaissance des conditions générales de vente sur le Mode de règlement : .....

site www.aroeven.fr et les accepte.

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature obligatoire
du responsable légal :

Fédération des Aroéven- 67, rue Vergniaud 75013 Paris, immatriculée au registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM075120017. Garant financier : UNAT-8, rue César Franck-75015 Paris. Assureur RCP, MAIF : contrat n°0901219D. 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 pour une durée maximale de trois ans. 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-vous adresser à la Fédération des Aroéven : federation@aroeven.fr

Aroéven

DOSSIER SANITAIRE

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 difficultées 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, Poliomélyte (DTP) (date dernière vaccination : .....)

☐ Infections invavives à pneumocoque (date dernière vaccination : .....)

☐ Hepatite 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 : ....

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 collecivité ? ☐ 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 :

Fédération des Aroéven- 67, rue Vergniaud 75013 Paris, immatriculée au registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM075120017. Garant financier : UNAT-8, rue César Franck-75015 Paris. Assureur RCP, MAIF : contrat n°0901219D. Les informations recueillies sont nécessaires pour procéder à l'inscription du participant. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétoriat de l'association pour une durée maximale d'un an . 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-vous adresser à la Fédération des Aroéven : federation@aroeven.fr

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) de l'enfant :

_____

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**_____

CHARTE 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 personnes 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 participants, des horaires, des lieux),**
- ✓ **a 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

SEJOUR A NOMPATELIZE

☐ Attestation de droits à l'assurance maladie CPAM *(le cas échéant CMU)*

☐ Attestation d'assurance « responsabilité civile »

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

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

☐ Photocopie **des 2 pages** du carnet de vaccination à jour
(le cas échéant un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité)

☐ Attestation Savoir Nager en Sécurité (ASNS)
(délivrée par le directeur de l'école ou le chef d'établissement)

OU Attestation sur l'honneur SAVOIR NAGER
(à remplir par les parents)

AROÉVEN

Conformément à la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (RGPD) entrée en vigueur le 25 mai 2018, les informations collectées restent la propriété de l'utilisateur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et de suppression des données vous concernant en écrivant à : AROEVEN – 28 rue de Saurupt - 54000 NANCY

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION
NATIONALE,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS
Liberté
Égalité
Fraternité

ANNÉE D'OBTENTION

ATTESTATION « SAVOIR-NAGER » EN SÉCURITÉ

définie par l'arrêté du 28 février 2022 relatif à l'attestation du « savoir-nager » en sécurité

L'attestation du « savoir-nager » en sécurité est délivrée par (nom du directeur de l'école ou du chef d'établissement) , à

Nom : Prénom :

Date de naissance : __ / __ / __

École / collège :

Académie :

Fait à , le

Cachet de l'établissement et signature du directeur de l'école ou du chef d'établissement	Professionnel agréé et titre	Professeur

Agir ensemble pour une éducation émancipatrice et une société solidaire.

Aroéven Nancy – Grand-Est
28 rue de Saurupt
54000 Nancy
Tél. 03 83 55 32 52
aroeven.nancy@aroeven.fr

ATTESTATION SUR L'HONNEUR SAVOIR NAGER

Je soussigné(e).....

Demeurant.....
.....
.....

Atteste sur l'honneur que mon enfant.....
.....né(e) le.....

Sait nager ☐ OUI avec/sans brassards (*rayer la mention inutile*)

☐ NON

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à .....

le .....

Signature,