

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Séjour de L'Uus (Alpes de Haute Provence)

Afin de procéder à l'inscription de votre enfant, nous attirons votre attention sur l'importance des indications données sur ces documents. **L'inscription de votre enfant sur un de nos séjours ne sera acceptée que si le dossier est dûment complété et signé.**

**PREMIÈRE ÉTAPE** obligatoire, veuillez compléter le formulaire en ligne :  
<https://www.sejourvvv04.com/inscription>

À renseigner avant le

**15 Juillet 2021**

**NE PAS IMPRIMER  
EN RECTO VERSO**

### Puis compléter le dossier avec la :

Fiche Individuelle, Fiche familiale, Fiche Sanitaire, Fiche d'autorisations parentales.

### Pièce à joindre :

- ☐ Une photo d'identité de l'enfant à coller sur la fiche individuelle.
- ☐ Copie du carnet de santé, pages vaccinations.
- ☐ Attestation d'assurance en responsabilité civile.
- ☐ La copie de votre courrier des bons d'aide aux temps libres de la CAF.
  
- ☐ Compléter la fiche trousseau (à remettre le jour du départ, dans la valise)

### Règlement :

(En espèce ou par **chèque (Avec le nom de l'enfant au dos)** à l'ordre de L'Université Solidaire) :

Pour participer au séjour votre enfant doit être adhérent de l'association. (5€ min en ligne)

Coût du séjour pour les enfants des communes partenaires\* :

- ATL à 7,09€ = **46,60€**
- ATL à 10,03€ = **31,90€**
- ATL à 12,41€ = **20,00€**

(Hors communes partenaires, ajouter 50€)

*\*Communes partenaires : Sisteron, Digne les Bains, Manosque, St Etienne les Orgues, Peyruis, Château Arnoux St Auban, Puimoisson, Oraison, Malijai.*

PHOTO

De

L'enfant

À coller ici

# Séjour de Vacances 2021

## Fiche individuelle

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Age :

Genre (cocher) :

Nationalité :

☐  ☐ 

**Je suis inscrit sur le séjour suivant**

☐ Séjour VVV 6-10 ans ☐ Séjour VVV 10-14 ans ☐ Ent'Raid ☐ H2058

**Adresse :**

**Est-ce que l'enfant a des difficultés de santé ou des pathologies particulières ?**

(Maladie, allergies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...)

☐ Oui ☐ Non

Si oui quelles sont les précautions à prendre :

**En cas d'urgence** Noms et prénoms des personnes à contacter

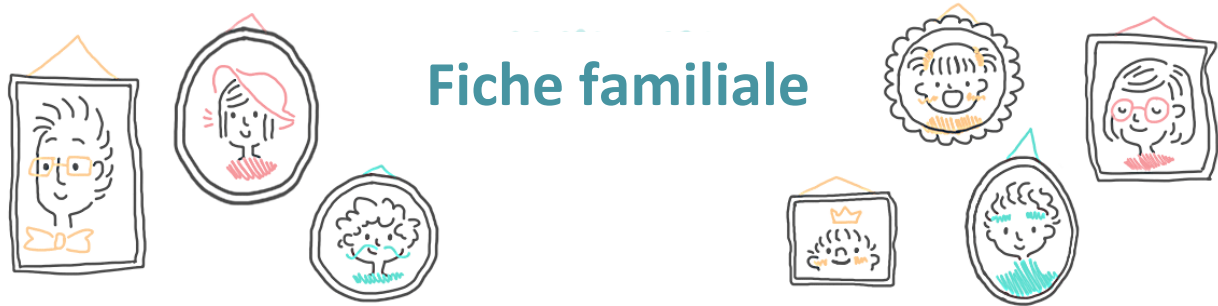
Pers 1 :

Pers 2 :

Tél (1) :

Tél (2) :

**Est-ce que l'enfant inscrit, est déjà partie en séjour dans le cadre d'un ACM ?** ☐ Oui ☐ Non



## Fiche familiale

Rappel du nom et prénom de l'enfant :

### REPRÉSENTANTS LÉGAUX

☐ Parents, ☐ Père, ☐ Mère, ☐ Tuteur(trice), ☐ Assistant(e) familial(e)

☐ Autre, à préciser :

#### Adulte 1

Nom :

Prénom :

Profession :

Téléphone :

E-Mail :

#### Adulte 2

Nom :

Prénom :

Profession :

Téléphone :

E-Mail :

#### Personne autorisée à récupérer l'enfant autre que les représentants légaux :

Nom :

Prénom :

Tel :

#### Pour les séjours VVV Lieu de RDV pour le Car (Jour du départ et d'arrivée) :

☐ Manosque ☐ Brillane ☐ Peyruis ☐ Château Arnoux St Auban ☐ Malijai ☐ Digne les bains

# Fiche sanitaire

Rappel nom et prénom de l'enfant :



## 1 : Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio					
OU Tétracoq					

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## 2 : renseignements concernant le mineur :

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, joindre 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 ou donné sans ordonnance.**

Est-ce que l'enfant suit un régime alimentaire particulier lié à une allergie, une intolérance, un trouble de la santé ? L'enfant a-t-il déjà eu des allergies ?

- ✓ **MEDICAMENTEUSES** ☐ Oui ☐ Non
- ✓ **AUTRES (animaux, plantes, pollen...)** ☐ Oui ☐ Non

SI OUI, précisez les causes, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler) :

LE MINEUR PRESENTE-T-IL UN PROBLEME DE SANTE PARTICULIER ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui veuillez bien préciser de quel type, **Asthme par ex**, ainsi que les précautions à prendre et des éventuels soins à apporter :

## Fiche sanitaire (suite)

Rappel nom et prénom de l'enfant :



### L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Rhumatisme</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Articulaire aigu</b>

### 3 – recommandation utiles des parents :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

	oui	non
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enurésie nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres informations que vous jugez utiles de transmettre à l'équipe :

### 4. Responsable du mineur :

NOM.....Prénom .....

Tel domicile ..... Tel portable.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif)

.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date ..... Signature du responsable légal

# Fiche d'autorisations parentales



Je soussigné :

Responsable légal de l'enfant :

- ☐ Déclare exacts tous les renseignements portés sur les fiches du dossier d'inscription.
- ☐ Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour.
- ☐ M'engage à rembourser les frais liés aux dégradations volontaires occasionnées par mon enfant.
- ☐ Déclare avoir pris connaissance du règlement et du projet et du fonctionnement du centre et l'accepte dans son intégralité. **(Téléchargeable sur le site <http://sejourvvv04.com> )**
- ☐ Autorise les responsables de l'ACM à prendre toutes les mesures nécessaires pour mon enfant en cas d'urgence.
- ☐ J'ai bien noté que l'inscription de mon enfant devient définitive uniquement lorsque le règlement est effectué dans sa totalité et qu'aucun règlement ne sera accepté en dehors des dates définies.

## **CONTRAT D'IMAGE :**

*Dans le cadre des activités du séjour, des photographies et des vidéos des enfants peuvent être prises et être utilisées à des visées pédagogiques, **afin que l'enfant puisse avoir des souvenirs, pour garder le lien avec ses parents** ou pour agrémenter nos supports de communication. Cette autorisation est donnée sans contrepartie financière, et est valable sans limitation de durée. De notre côté, nous nous engageons à ne diffuser que des photos ou vidéos respectueuses de son image.*

- ☐ J'autorise L'Université Solidaire à utiliser des photos et/ou des vidéos dans lesquelles mon enfant apparaît.

Fait à :

Le :

Signature du responsable légal :

## **GESTION DES DONNEES :**

*Les informations recueillies à partir de nos formulaires font l'objet d'un traitement informatique destiné uniquement à : **L'association l'Université Solidaire** Dans l'objectif de : **traiter vos dossiers et de pouvoir communiquer avec vous**, les destinataires des données sont : **Le service communication et administratif de la l'U.S.** Vous pouvez accéder, à tout moment, aux informations vous concernant en adressant un mail à : **[luniversitesolidaire@gmail.com](mailto:luniversitesolidaire@gmail.com)***

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. [consultez vos droits sur le site de la CNIL.](#)*