

DOSSIER D'INSCRIPTION

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

Dossier à retourner
au plus tard **15 jours**
avant le premier jour
du séjour

NE PAS IMPRIMER
EN RECTO VERSO

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, signé et accompagné du règlement correspondant.**

I : PREMIÈRE ÉTAPE obligatoire, veuillez compléter le formulaire en ligne :

<https://www.sejourvvv04.com/inscription>

II : DEUXIÈME ÉTAPE, veuillez compléter ce dossier d'inscription avec la :

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

III : PIÈCE À JOINDRE au dossier :

- 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 (extrascolaire).
- La copie de votre courrier d'Aide aux Temps Libres de la CAF.
- Compléter la fiche « Trousseau » à télécharger ici

<https://www.sejourvvv04.com/documents-utiles> (à remettre le jour du départ, dans la valise)

Règlement : Par virement ou par chèque avec notifié le nom de l'enfant au crayon au dos à l'ordre de L'Université Solidaire.

- ATL à 13 € = **70,00€**
- ATL à 10 € = **85,00€**
- ATL à 7 € = **100,00€**
- Sans ATL = **150,00€**

***Possibilité de participation financière à haute de 50€ pour les communes partenaires (sous conditions et disponibilités)** : Céreste, Château-Arnoux-Saint-Auban, Digne-les-Bains, Les Mées, Malijai, Manosque, Oraison, Peyruis, Puimoisson, Saint-Etienne-les-Orgues, Sisteron, Quinson.

Adhésion

Pour participer au séjour, votre enfant doit obligatoirement être adhérent de l'association L'adhésion est au prix libre (5€ minimum pour une adhésion individuel / 15€ minimum pour une adhésion famille) et peut s'effectuer en ligne via le lien suivant :

<https://www.luniversite-solidaire.com/adhesion>

Si vous ne souhaitez pas faire cette démarche en ligne, merci de joindre votre adhésion au dossier d'inscription (chèque ou espèces).



SÉJOUR DE VACANCES

Fiche individuelle

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Sexe (cocher) :



Date de naissance :

Age :

Nationalité :

Adresse familiale :

L'enfant est inscrit sur le séjour suivant :

Séjour VVV 6-10 ans Séjour VVV 11-14 ans

Pour le mois : de février d'avril de juillet d'août d'octobre

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 parti en séjour dans le cadre d'un ACCEM ? 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 (si nécessaire)

Nom :

Prénom :

Profession :

Téléphone :

E-Mail :

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

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Pour les séjours VVV lieux de RDV pour le bus (jour du départ et d'arrivée)

Attention, les arrêts sont modifiables selon la destination prévue :

Château-Arnoux-St-Auban

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, une conviction) ?

OUI NON

Si oui, lequel (végétarisme, sans viande, sans poisson, etc.) :

L'enfant a-t-il déjà eu des allergies ?

✓ **MEDICAMENTEUSES** OUI NON

✓ **AUTRES (animaux, plantes, pollen...)** OUI NON

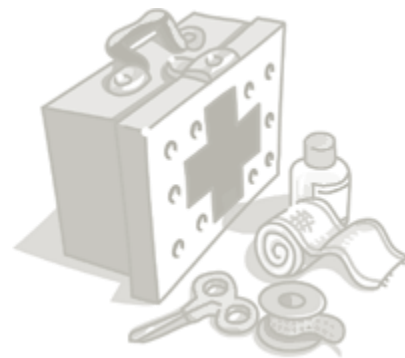
SI OUI, précisez les causes, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler) :

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 ?

Rubéole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Varicelle <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Angine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Coqueluche <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Oreillons <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Otite <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Rougeole <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Scarlatine <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Rhumatisme articulaire aigu <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

3/ Recommandations 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"/>
Énurésie 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(e) :

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, 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'ACCEM 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 l'U.S.** Vous pouvez accéder, à tout moment, aux informations vous concernant en adressant un mail à : **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.](#)***