FICHE D'INSCRIPTION

N° de commande I__I__I__I__I__I__I__I

tousencolo.fr
>>> colonies de vacances

LE SÉJOUR

TITRE DU SÉJOUR _____

DATES : du _____ au _____

du _____ au _____

Votre enfant a-t-il déjà participé à un séjour de vacances ? Oui ❑ Non ❑

Avec l'association Epal ? Oui ❑ Non ❑

À renvoyer à :
EPAL
10 rue Nicéphore Niépce
BP 40002
29801 BREST Cedex 09
Tél. : 02 98 41 84 09

CADRE RÉSERVÉ À EPAL

N° adhérent _____

Confirmation inscription le _____

Réf. séjour _____

Acompte versé _____

Facturation le _____

Validée le _____

Photo de l'enfant (obligatoire)

L'ENFANT (Écrire en majuscules)

NOM _____

PRÉNOM _____

Date de naissance _____

Sexe : M ❑ F ❑

Adresse où réside l'enfant _____

Code postal _____ Ville _____

Pays _____

LA PERSONNE S'OCCUPANT DE L'INSCRIPTION :

PARENT ❑ AUTRE ❑ Précisez _____

NOM _____ **PRÉNOM** _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Tél fixe _____ Portable _____ Adresse mail _____ @ _____

COORDONNÉES COMPLÉMENTAIRES

Si l'adresse est différente pour l'envoi des informations concernant le séjour, merci de la préciser :

_____

Si l'adresse est différente pour l'envoi de la facturation, merci de la préciser :

_____

ÉTABLISSEMENT/ÉCOLE FRÉQUENTÉ(E) PAR L'ENFANT :

Nom de l'établissement scolaire fréquenté durant l'année _____

Classe, groupe ou section fréquenté _____

Coordonnées _____

Votre enfant a-t-il une scolarité adaptée (AVS, ULIS, IME, etc.) ? Oui ❑ Non ❑

❑ Autorise l'équipe d'Epal, si nécessaire, à contacter l'établissement afin de recueillir des informations pour construire le séjour.

Coordonnées d'une personne "ressource" dans l'accompagnement socio-éducatif de l'enfant que vous souhaitez nous communiquer :

_____

_____

epal ASSOCIATION

PERSONNE À CONTACTER PENDANT LE SÉJOUR :

❑ **PARENTS** Qualité (père, mère, grands-parents...) _____

NOM _____ PRÉNOM _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Tél fixe _____ Portable _____ Tél professionnel _____

❑ **ÉTABLISSEMENT, SERVICE D'AIDE A L'ENFANCE, ETC.**

Professionnel référent :

NOM _____ PRÉNOM _____ Qualité _____

Coordonnées _____

Numéro d'astreinte, notamment en période estivale _____
(Le contact doit être impérativement joignable pendant le séjour, notamment en cas, d'urgence, d'interruption ou d'inadaptation).

POUR SE RENDRE AU SÉJOUR :

❑ L'enfant sera amené et repris sur place
Les transports ne sont pas possibles pour les séjours adaptés (catalogue et conditions spécifiques).

L'enfant aura besoin d'un transport pour se rendre sur le séjour : ❑ pour l'aller ❑ pour le retour

TARIF : 30 € l'aller, 30 € le retour pour les Finistériens (50 € l'aller, 50 € le retour pour les non-Finistériens)

Départ :
❑ Nantes ❑ Rennes ❑ Saint-Brieuc ❑ Morlaix ❑ Brest ❑ Châteaulin ❑ Lorient ❑ Vannes

Retour :
❑ Nantes ❑ Rennes ❑ Saint-Brieuc ❑ Morlaix ❑ Brest ❑ Châteaulin ❑ Lorient ❑ Vannes

WEEK-END :

L'association Epal propose aux enfants et aux jeunes qui participent à plusieurs séjours d'être accueillis le week-end.

L'enfant sera accueilli pendant le week-end : Oui ❑ Non ❑ Date _____

TARIF : 50 € (non-payant pour les séjours adaptés)

ASSURANCE ANNULATION-INTERRUPTION :

Informations : rubrique "conditions particulières de vente" sur notre site : www.tousencolo.fr

❑ Oui - Joindre un chèque de 12,50 € à l'ordre de Epal (à distinguer du chèque d'acompte). ❑ Non

ADHÉSION À L'ASSOCIATION (obligatoire) : 22,50 € (par famille)

Un de vos enfants fréquente-t-il une structure Enfance/Jeunesse gérée par Epal ? : Oui ❑ Non ❑ Ville _____

AIDES : si vous bénéficiez d'aides au départ en séjour, merci de nous faire parvenir les attestations.

Pour les règlements par le Conseil départemental, nous joindre l'accord de prise en charge.

ACOMPTE : 100 € (À JOINDRE À CETTE FICHE D'INSCRIPTION) Le solde est à régler 1 mois avant le début du séjour.

Je soussigné(e) _____ , responsable légal de l'enfant, certifie avoir pris connaissance des conditions particulières de vente ainsi que des conditions générales de vente (article 95 à 103 du décret 94-490 du 15 juin 1994) figurant sur le site www.tousencolo.fr rubrique conditions générales de vente, guide de l'inscription. Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours m'incombant. J'ai bien noté que l'Association n'est pas responsable en cas de perte ou de vol (appareil électronique...) durant le séjour.

DROIT À L'IMAGE

❑ J'autorise que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par l'association Epal pour des supports de communication (site Internet, catalogue, journal de bord) ou par la presse locale. Les photos seront utilisées gratuitement pour une durée de 4 ans maximum.

❑ Je n'autorise pas.

ASSURANCES : l'association Epal vous conseille de souscrire un "contrat d'assurance de personnes couvrant les dommages corporels auxquels vos enfants peuvent être exposés lors de leur participation aux activités", en référence à l'article L 227-5 du Code de l'Action Sociale et de la Famille.

Date _____

Signature
(précédée de la mention
"Lu et approuvé")

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

tousencolo.fr >>> colonies de vacances

L'ENFANT (Ecrire en majuscules)

NOM ..... **PRÉNOM** .....

Date de naissance ..... Garçon ❑ Fille ❑

Code et titre du séjour .....

Dates .....

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant ; elle évite de vous démunir de son carnet de santé et sera détruite à la fin du séjour.

VACCINATION

Joindre **obligatoirement** la copie des pages vaccins du carnet de santé ou un certificat médical indiquant que l'enfant est à jour de sa vaccination.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suivra-t-il un traitement médical (thérapeutique ou contraceptif) pendant le séjour ?

Oui ❑ Non ❑

Si oui joindre la dernière ordonnance et les médicaments correspondants (les médicaments doivent être rangés dans un pillulier dit "semainier" à trouver en pharmacie).
Aucun médicament ne sera administré sans ordonnance.

L'enfant a-t-il un projet d'accueil individualisé (PAI) dans le cadre de sa scolarité ? Oui ❑ Non ❑
Si oui joindre une copie du PAI à ce document.

L'enfant a-t-il un dossier à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) ? Oui ❑ Non ❑

ALLERGIES	Commentaires et conduites à tenir
Pollens-acariens et graminées Oui ❑ Non ❑	.....
Alimentaires Oui ❑ Non ❑	.....
Médicamenteuses Oui ❑ Non ❑	.....
Autres Oui ❑ Non ❑	.....

RÉGIME ALIMENTAIRE

Oui ❑ Non ❑ .....

.....

MÉDECIN TRAITANT

Adresse .....

Tél. .....

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions :

.....

.....

.....

RECOMMANDATIONS UTILES DU RESPONSABLE

L'enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc ? Précisez :

.....

.....

.....

INFORMATIONS FACILITANT L'ACCUEIL DE L'ENFANT

Personnalité, repères, rituels, goût pour les activités, relation aux autres, besoin en repos, autonomie, hygiène, situation familiale...

.....

.....

.....

RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

NOM ..... **PRÉNOM** .....

Adresse (pendant le séjour) .....

Tél. domicile ..... Portable ..... Bureau .....

PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

PENDANT LE SÉJOUR SI DIFFÉRENTE DU RESPONSABLE LÉGAL (OBLIGATOIRE)

NOM ..... **PRÉNOM** .....

Lien avec l'enfant .....

Tél. fixe ..... Portable .....

Mail .....

Je soussigné(e) ....., responsable légal de l'enfant, autorise mon enfant à partir au séjour et déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) rendue nécessaire par l'état de l'enfant. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels que l'association aura avancés pendant le séjour..

Date	Signature