

FICHE D'INSCRIPTION

N° de commande | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

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



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 :



À renvoyer à :

EPAL
10 rue Nicéphore Niépce
CS 62863
29228 BREST CEDEX 2
Tél. : 02 98 41 84 09

CADRE RÉSERVÉ À EPAL

N° adhérent _____
Confirmation inscription le _____
Réf. séjour _____
Acompte versé _____
Facturation le _____
Validée le _____

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).

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

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