

# 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



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 \_\_\_\_\_

## LA PERSONNE S'OCCUPANT DE L'INSCRIPTION ET RECEVANT LES INFOS DU SÉJOUR :

PARENT  AUTRE  Précisez \_\_\_\_\_

**NOM** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

Tél fixe \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_ Adresse mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Souhaite recevoir le compte-rendu Oui  Non

## LA FACTURATION SERA ADRESSÉE À :

**NOM** \_\_\_\_\_ **PRÉNOM** \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

## 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 :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PERSONNE À CONTACTER PENDANT LE SÉJOUR EN CAS D'URGENCE :

**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 "assurance-annulation" sur notre site : [www.tousencolo.fr/aa](http://www.tousencolo.fr/aa)

Oui (équivalent à 2% du prix du séjour)  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 (à joindre à cette fiche d'inscription) :

100 € pour les colonies de vacances / 200 € par semaine pour les séjours adaptés.  
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](http://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 .....

**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