

FICHE D'INSCRIPTION



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 ☐

Photo
de l'enfant
(obligatoire)

L'ENFANT (Écrire en majuscules)

NOM _____

PRÉNOM _____

Date de naissance _____

N° allocataire Caf/MSA _____

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 ☐

Pour quelles raisons a-t-il besoin d'un accompagnement AVS ? _____

☐ 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 2 séjours consécutifs d'être accueillis le week-end.

L'enfant sera accueilli pendant le week-end : Oui ☐ Non ☐

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

ASSURANCE ANNULATION-INTERRUPTION :

Informations : rubrique "assurance-annulation" sur notre site : 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) :

200 € pour les colonies de vacances / 400 € 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 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, lequel ?

Si oui joindre la dernière ordonnance originale en cours de validité et les médicaments correspondants (les médicaments doivent être rangés dans un pillulier dit "semainier").

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 ☐

Nécessite des **SOINS INFIRMIERS** autres que la prise du traitement

Oui ☐ Non ☐

Si oui, de quel type ?

Pour une prise en compte de ces soins, joindre impérativement une ordonnance originale en cours de validité, la programmation et le nom et les coordonnées du cabinet concerné avant le début du séjour. C'est à l'inscrivant de contacter un cabinet et d'organiser le passage des professionnels durant le séjour.

ALLERGIES

Oui ☐ Non ☐

RÉGIME ALIMENTAIRE

Oui ☐ Non ☐

MÉDECIN TRAITANT

Nom

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 :

.....

.....

.....

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