Bulletin d'inscription Séjour Vacances

Vous pouvez réserver en ligne sur notre site internet
www.aroeven-lorraine.fr

Réservé à l'Aroéven				
@roBase		Fiche Sanitaire		Circulaire
n° d'inscrit	date	envoyée	reçue	

1. Compléter toutes les rubriques / 2. Dater et signer / 3. Envoyer le bulletin d'inscription avec le règlement demandé / 4. L'envoi des informations pratiques, permettant la finalisation de l'inscription, est conditionné à la réception de ce bulletin dûment complété et du 1er règlement d'acompte.

LE SÉJOUR

Date de début	Date de fin	Nom du séjour	Ville de départ	Ville de retour
.....	.....	.....	.....	.....

LE PARTICIPANT

NOM : ..... Prénom : .....

Sexe : F ☐ M ☐ né.e le : ..... / ..... / ..... à : .....

Le participant viendra-t-il avec un.e ami.e ? Si OUI, indiquer NOM et Prénom : .....

Avec un frère et/ou une sœur ? Si OUI, indiquer NOM(S) et Prénom(s) : .....

LE RESPONSABLE LÉGAL

NOM : ..... Prénom : ..... Tél : ...../...../...../...../.....

Adresse : .....

Code postal : ..... VILLE : .....

e-mail ** : ..... (** indispensable pour recevoir la circulaire)

Le cas échéant, coordonnées de l'éducateur.ice ou de l'assistant.e social.e en charge de l'inscription : NOM : .....

Prénom : ..... mail : ..... Tél : ...../...../...../...../.....

PRISE EN CHARGE DU SÉJOUR

NOM(S) DU (DES) FINANCEUR(S) : .....

.....

ADRESSE DE FACTURATION
(si différente de celle du participant au séjour)

.....

.....

Tél : ...../...../...../...../..... e-mail : .....

Inscriptions dans le cadre du partenariat avec l'Institut des Sourds.
Pour les séjours ouverts aux déficients auditifs et trouble spécifique du Langage

☐ OUI ☐ NON

si oui, le bulletin et paiement par chèque est à envoyer à :
par mail : séjourvacancesISM@ijsmalgrange.asso.fr
par courrier : Institut des Sourds de la Malgrange
2 rue Joseph PIROUX 54140 Jarville la Malgrange

RÉGLEMENT DU SÉJOUR

> RÈGLEMENT DU PRIX DU SÉJOUR..... €

☐ **INSCRIPTION À PLUS DE 21 JOURS DU DÉBUT DU SÉJOUR :** Je joins un acompte de 30% **ET** je m'engage à régler le solde avant le début du séjour
☐ **INSCRIPTION À MOINS DE 21 JOURS DU DÉBUT DU SÉJOUR :** Je joins le montant total
-> Possibilité de réaliser un échéancier d'encaissement en plusieurs fois. Dans ce cas prendre contact avec l'Aroéven.

> MODES DE RÈGLEMENT (cocher le mode de règlement choisi) :
☐ **Par chèque :** à l'ordre de l'Aroéven de Lorraine
☐ **Par virement : IBAN : FR76 1027 8049 0000 0191 1144 046 - BIC : CMCIFR2A** (préciser dans l'ordre de virement nom du jeune + nom du séjour)
☐ **En espèces :** inscription dans les locaux de l'Aroéven

> ASSURANCE ANNULATION OPTIONNELLE : souscription possible uniquement au moment de l'inscription. Conditions et garanties à consulter sur le site www.aroeven-lorraine.fr.
☐ Je souscris à l'assurance annulation - elle correspond à **4.44%** du montant total du séjour soit ..... €
☐ Je ne souscris pas à l'assurance annulation

> AIDE AUX VACANCES
BÉNÉFICIEZ-VOUS D'UNE AIDE AUX VACANCES ? ☐ **OUI** ☐ **NON** Si oui, merci de préciser la nature des aides perçues :
☐ ***Caisses d'Allocations Familiales.*** Auquel cas, joindre la copie de l'aide aux temps libres et indiquer le n° d'allocataire : .....
☐ ***Employeur / Comité d'entreprise,*** lequel ? .....
☐ ***Collectivité,*** laquelle ? .....
☐ ***Autres.*** précisez : .....

Pour que les aides obtenues soient déduites du solde de votre séjour, merci de nous communiquer les justificatifs de prise en charge à l'Aroéven.

Bulletin et règlement à envoyer au plus tard 15 jours ouvrés avant le début du séjour à l'adresse suivante :
Institut des Sourds de la Malgrange, 2 rue Joseph Piroux 54140 Jarville-la-Malgrange / sejourvacancesISM@ijsmalgrange.asso.fr

Je soussigné.e (NOM et Prénom) : .....
agissant tant pour moi même que pour le compte de la personne inscrite, adhère à l'association.
Cette adhésion est de zéro euros (0€).
Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Les informations recueillies sont nécessaires pour procéder à l'inscription du participant. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et accéder aux informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la Fédération des Aroéven-Foéven : contact@aroeven.fr

☐ Je reconnais avoir consulté et accepté les conditions générales d'inscription disponibles sur le lien suivant : www.aroeven-lorraine.fr/conditions-generales-de-vente

SIGNATURE OBLIGATOIRE

DOSSIER INDIVIDUEL 2024

Nom du séjour : .....

Dates : .....

le/la participant.e :

NOM : _____

Prénom : _____

âge _____ **ans**

Coller ici
la photo d'identité
du/de la
participant.e

INFORMATIONS AUX RESPONSABLES

Vous venez d'inscrire votre enfant à un séjour de vacances organisé par l'Aroéven de Lorraine, nous vous remercions par avance pour votre confiance.

Pour finaliser l'inscription, merci d'envoyer ou de déposer ce dossier, toutes les pièces demandées ainsi que le règlement de l'acompte ou du solde du séjour (s'il n'est pas déjà réglé) à l'Aroéven de Lorraine.

Ce dossier permet aux directeurs de pouvoir vous joindre pendant le séjour de votre enfant et d'avoir connaissance de son dossier médical.
Il ne sera pas conservé par l'association et vous sera retourné après le séjour, sauf si vous signé l'autorisation ci-après afin que nous puissions conserver les données pour les prochains séjours et ainsi vous éviter de compléter à nouveau ce dossier.

MERCI DE LE RETOURNER A L'INSTITUT DES SOURDS DE LA MALGRANGE
AU PLUS TARD 15 JOURS AVANT LE DÉBUT DU SÉJOUR.

La convocation séjour vous sera envoyée au plus tard 15 jours avant le début du séjour.

CONTACT

SOUS LE SIGNE DES VACANCES - Institut des Sourds de la Malgrange
03 83 55 04 20 - 06 78 96 52 41
sejourvacancesISM@ijsmalgrange.asso.fr

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par **le secrétariat vacances** pour **le suivi du (des) séjour(s).** La base légale du traitement est fondée, selon les conditions appliquées par le RGPD et la loi Informatique et Libertés, sur le consentement et l'autorisation.

Les données collectées seront communiquées aux seuls destinataires suivants : **Directeur.ice et animateur.ice.s du (des) séjour(s) concerné(s).**

Les données sont conservées pendant **une année civile.**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou exercer votre droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données et vous pouvez également vous opposer au traitement de vos données.

Demande de consentement

Je soussigné.e ..... agissant en qualité de père - mère – tuteur.ice légal.e (rayer les mentions inutiles) accepte que les données personnelles (noms, prénoms, année de naissance, adresses postales, numéros de téléphone, adresses de messagerie, numéro de sécurité social, données médicales) soient enregistrées et traitées par le secrétariat du pôle « vacances à vivre » de l'association Aroéven Lorraine et l'Institut des sourds de la Malgrange. J'accepte que l'Aroéven Lorraine et l'Institut des sourds de la Malgrange collectent les données personnelles, que je viens de renseigner dans ce formulaire, en accord avec la politique de protection des données de l'association. Afin de protéger la confidentialité de vos données personnelles, l'Aroéven Lorraine et l'Institut des sourds de la Malgrange s'engagent à ne pas divulguer, ne pas transmettre, ni partager vos données personnelles avec d'autres entités, entreprises ou organismes, quels qu'ils soient, conformément au Règlement Général de Protection des Données de 2018 sur la protection des données personnelles et notre politique de protection des données.

Fait à _____

le ____ / ____ / 20 ____

Signature
Précédée de la mention
«Lu et approuvé»

Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter : **aroeven.lorraine@aroeven.fr - 03.83.55.32.52 – Aroéven Lorraine, 28 rue de Saurupt 54000 NANCY**

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (à compléter par le responsable légal)

LES RESPONSABLES LÉGAUX

Responsable légal 1 :

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : ____ / ____ /____ /____ /____ Tél. portable : ____ / ____ /____ /____ /____

Autre numéro joignable pendant le séjour (facultatif) : ____ / ____ /____ /____ /____

Adresse mail : _____

Responsable légal 2 (facultatif) **:**

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : ____ / ____ /____ /____ /____ Tél. portable : ____ / ____ /____ /____ /____

Autre numéro joignable pendant le séjour (facultatif) : ____ / ____ /____ /____ /____

Adresse mail : _____

PERSONNE À JOINDRE EN CAS D'URGENCE

(susceptible d'accueillir le jeune en cas de rapatriement sanitaire ou de renvoi)

NOM - Prénom : _____

Tél. domicile : ____ / ____ /____ /____ /____ Tél. portable : ____ / ____ /____ /____ /___

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

PERSONNE AUTORISÉE À RÉCUPÉRER L'ENFANT

(si différent des responsables légaux)

NOM - Prénom : _____

Téléphone : ____ / ____ /____ /____ /____

COUVERTURE ET PROTECTION SOCIALE

Numéro de sécurité sociale : _____

Nom de la complémentaire santé : _____

N° d'adhérent : _____

Bénéficiez- vous de l'aide médicale gratuite (CMU) ? OUI ☐ NON ☐

ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

Compagnie : _____

N° de contrat : _____

N° de téléphone de l'agence : ____ / ____ /____ /____ /____

MÉDECIN TRAITANT

Nom : Dr. _____

Téléphone : ____ / ____ /____ /____ /____ Ville : _____

FICHE SANITAIRE (à compléter par le responsable légal)

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles pendant le séjour de l'enfant, nous vous remercions de la compléter avec soin.

LE PARTICIPANT

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ / _____ / _____ Sexe : F ☐ M ☐

Ville de naissance : _____ Nationalité : _____

Pointure : _____ Taille : _____ cm Poids : _____ kg

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE PARTICIPANT

VACCINS :

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations obligatoires ?

OUI ☐ NON ☐

(si OUI : joindre la photocopie du carnet de vaccinations, si NON : joindre un certificat médical de contre-indication aux vaccins et d'autorisation à participer à un séjour en collectivité)

TRAITEMENT :

L'enfant suit-il un traitement pendant le séjour : OUI ☐ NON ☐

si OUI lequel ? _____

joindre OBLIGATOIREMENT LE JOUR DU DÉPART l'original de l'ordonnance à jour et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE.

MALADIES :

Votre enfant a-t-il eu les maladies suivantes ?

☐ Coqueluche ☐ Oreillon ☐ Rougeole ☐ Rubéole ☐ Scarlatine ☐ Varicelle

Votre enfant est-il sujet à ?

☐ Angine ☐ Otite ☐ Bronchite

☐ Asthme ☐ Rhumatismes ☐ Autre : _____

ALLERGIES : (respiratoires type pollen/acariens ; cutanées type eczéma/urticaire ; venins type guêpes ; médicamenteuses)

Votre enfant a-t-il des allergies ? OUI ☐ NON ☐

si OUI lesquelles : _____

AUTRES INFORMATIONS :

Votre enfant sait-il nager ? OUI ☐ OUI, avec brassards ☐ NON ☐

Si c'est une fille, est-elle réglée ? OUI ☐ NON ☐

L'enfant mouille-t-il son lit ? SOUVENT ☐ PARFOIS ☐ NON ☐

L'enfant est il porteur de handicap ? OUI ☐ NON ☐ - si oui, précisez : _____

Précisions à apporter (appareil auditif, appareil dentaire, lunettes de vue, lentilles de contact, etc...) _____

_____

Autres problèmes de santé à signaler : _____

RENSEIGNEMENTS ALIMENTAIRES :

L'enfant mange : toutes VIANDES * ☐ SANS PORC ☐ SANS VIANDE ☐

L'enfant a-t-il des allergies ou des intolérances alimentaires ? OUI ☐ NON ☐

Si oui lesquelles : _____

*** sans restriction particulière**

DÉCLARATION DES RESPONSABLES LEGAUX (à compléter par responsable légal)

Je soussigné.e _____

Père, mère, tuteur, responsable (rayez la mention inutile) du jeune :

_____

l'autorise à participer au séjour et à pratiquer toutes les activités proposées dans le cadre du séjour de vacances.

Je déclare :

- Autoriser le directeur à faire soigner l'enfant et à faire pratiquer toutes les interventions d'urgences suivant les prescriptions du médecin.
- Me conformer aux conditions générales de ventes concernant l'utilisation d'images.
- M'engager à payer tous les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation non remboursés par la sécurité sociale (y compris les actes à l'étranger).
- M'engager en cas de renvoi pour raison d'inadaptation ou d'indiscipline, à prendre à ma charge les frais dus à un retour individuel ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur et renoncer à toute demande de remboursement de séjour.
- Autoriser l'équipe d'animation à transporter mon enfant en véhicule personnel durant le séjour.
- M'engager à me présenter auprès d'un membre de l'équipe (directeur, animateur...) au retour de séjour de mon enfant.
- Dégager la responsabilité de l'AROEVEN avant le regroupement et après la dispersion du groupe.
- Certifier exacts les renseignements portés sur ce dossier et atteste n'avoir omis aucune information médicale pour le bon déroulement du séjour de l'enfant.

Signature
Précédée de la mention
«Lu et approuvé»

Fait à _____

le ___ / ___ / 20__

CHARTE DU PARTICIPANT (à lire et à signer par le participant et le responsable)

Tu as choisi de t'inscrire à un séjour de l'Aroéven dont le but est de faire passer à tous les participants des vacances saines, agréables et enrichissantes.
Le centre de Vacances est un lieu de vie citoyenne où tu vas vivre en collectivité, sous la responsabilité de personnels qualifiés.

Afin de développer cette citoyenneté et de bien vivre ensemble, tu auras donc des DROITS (émettre un avis, faire des propositions, être respecté.e...) et des DEVOIRS, par le respect d'un ensemble de règles portant sur :
- la législation (interdiction de fumer, de consommer des alcools et des stupéfiants, non mixité dans les chambres et sanitaires),
- la sécurité (respect des consignes, du matériel),
- la vie collective (respect des horaires, des participants, des lieux),
- la vie quotidienne (participation active aux tâches liées au fonctionnement du séjour),
- les activités (investissement dans les diverses propositions et dans leur mise en œuvre).

Toute conduite susceptible de nuire au bon fonctionnement du groupe (non-respect des règles, violences verbales ou physiques, atteinte à la sécurité d'autrui, comportement à risques, vol, usage de produits illicites, ...) remettrait en caus e ce contrat, ce qui pourrait entraîner des mesures adaptées pouvant aller jusqu'au renvoi aux frais des parents ou responsables légaux.

Nous comptons sur ta collaboration et sommes prêts à recevoir toute proposition allant dans le sens d'une meilleure qualité de la vie collective et d'une amélioration du séjour.

☐ J'ai bien pris connaissance de cette Charte et m'engage à la respecter.

Nom et prénom du participant.e : _____

Nom du séjour : _____

Signature
du jeune :

Signature
des parents :

DOCUMENTS INDISPENSABLESÀ JOINDRE À CE DOSSIER :

- ☐ attestation de droits à l'assurance maladie / mutuelle, le cas échéant CMU ☐
- ☐ photocopie du carnet de vaccinations (à jour), le cas échéant un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité ☐
- ☐ Attestation d'assurance « responsabilité civile » ☐
- ☐ Attestation CAF (pour les personnes bénéficiant des aides) ☐
- ☐ Photocopie de la carte d'identité ☐

DES VACANCES À VIVRE!

2024

NANCY-METZ Aroéven Lorraine

Conformément à la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (RGPD) entrée en vigueur le 25 mai 2018, les informations collectées restent la propriété de l'utilisateur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et de suppression des données vous concernant en écrivant à : Aroéven, 28 rue de Saurupt 54000 NANCY

SÉJOURS

Aroéven NANCY-METZ Lorraine

Coller ici la photo d'identité de l'enfant.

DEMANDE DE CESSION DE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné.e *:* .....

Demeurant au .....

.....

Responsable légal de : .....

Autorise, conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, l'Association Aroéven de Lorraine domiciliée au 28 rue de Saurupt 54000 NANCY et représentée par son Président Jean-Michel BERGE, et à l'Institut des Sourds de la Malgrange, domicilié au 2 rue Joseph PIROUX 54140 JARVILLE LA MALGRANGE et représenté par son président Thierry LATARCHE, a capturer, stocker, utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des supports fixant l'image ou la voix de mon enfant mineur (nom mentionné ci-dessus) réalisés lors du séjour : *(indiquez le nom du séjour)* .....

.....

durant la période du : ..... / ..... / 20..... au ..... / ..... / 20.....

lieu du séjour : .....

J'autorise également à exploiter ces supports, en partie ou en totalité, à des fins d'enseignement et de recherche, culturel ou scientifique ou d'exploitation commerciale à destination de ses bénéficiaires.

Conformément à la règlementation générale à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant qui seront conservées pendant .....ans (maximum 3 ans). Pour exercer ce droit, adressez-vous à : Emilie BOULANGE, responsable du pôle "vacances à vivre" à l'Aroéven de Lorraine : e.boulange@aroeven.fr.

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants pour lesquels l'accord est demandé :

- réalisation de prises de vue photographiques et vidéos	☐ OUI	☐ NON
- Publication dans une revue, ouvrage ou journal	☐ OUI	☐ NON
- Présentation au public lors d'expositions	☐ OUI	☐ NON
- Illustration des sites Aroéven	☐ OUI	☐ NON
- Réseaux sociaux de l'association	☐ OUI	☐ NON
- Affiches séjours vacances	☐ OUI	☐ NON
- Blog du séjour	☐ OUI	☐ NON

Dans le cas où aucune de ces cases n'est cochée ou si ce document ne nous est pas retourné, l'Aroéven considérera que le consentement est refusé.

Fait à ..... le ..... / ..... / 20.....

Signature :