



DOSSIER INDIVIDUEL ÉTÉ 2021

Entre VILLE et Nature 1
DU : 12/07 AU : 18/07/2021

LE PARTICIPANT :

NOM : _____

Prénom : _____

âge : _____ ans

Coller ici
la photo d'identité
du participant

INFORMATIONS AUX PARENTS

Vous venez d'inscrire votre enfant à un séjour de vacances organisé par l'Aroéven en partenariat avec l'Institut des Sourds de la Malgrange, nous vous remercions par avance pour votre confiance.

Pour finaliser l'inscription, merci d'envoyer ou de déposer ce dossier, toutes les pièces demandées dans celui-ci ainsi que le règlement de l'acompte ou du solde du séjour (s'il n'est pas déjà réglé) à l'Institut des Sourds de la Malgrange.

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 est vous sera retourné après le séjour.

**MERCI DE LE RETOURNER À L'INSTITUT DES SOURDS PAR VOIE POSTALE
AU PLUS TARD 3 SEMAINES AVANT LE DÉBUT DU SÉJOUR.**

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

CONTACT

Téléphone : 06 78 96 52 41

Mail : plweisse@ijsmalgrange.asso.fr

Adresse : Institut des Sourds de la Malgrange
2 rue Joseph Piroux - 54140 JARVILLE LA MALGRANGE

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 : _____

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.

AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE PRIS SANS ORDONNANCE.

MALADIES :

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

Coqueluche Oreillons Rougeole Rubéole Scarlatine Varicelle

Votre enfant est-il sujet à ?

Angine Otite Bronchite

Asthme Rhumatismes Autre : _____

ALLERGIES :

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 ? PARFOIS SOUVENT NON

L'enfant présente un problème médical particulier ? NON OUI - Précisez : _____

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

RENSEIGNEMENTS ALIMENTAIRES :

L'enfant mange : TOUTE VIANDE SANS PORC VÉGÉTARIEN

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

Si oui lesquelles : _____

DÉCLARATION DES RESPONSABLES LEGAUX (à compléter par LES parents)

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.

Signature
Précédée de la mention
«Lu et approuvé»

Fait à _____
le ____ / ____ / 20__

CHARTRE DU PARTICIPANT (à lire et à signer par Le participant et LES parents)

Tu as choisi de t'inscrire à un séjour de l'Aroéven organisé en partenariat avec l'Institut des Sourds de la Malgrange 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 groupe, 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...) 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 cause 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 : _____

Nom du séjour : _____

Signature
du jeune :

Signature
des parents :

DOCUMENTS INDISPENSABLES À JOINDRE À CE DOSSIER :



- attestation de sécurité sociale à jour / le cas échéant attestation CMU à jour

- photocopie du carnet de vaccinations à jour / le cas échéant, un certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité (moins de 3 mois)

- l'autorisation de droit à l'image jointe à cet envoi dûment complétée



• DES •
**VACANCES
À VIVRE!**
HIVER • ÉTÉ 2021

