



2 d avenue des Etangs
78170 La Celle Saint Cloud

☎ 06 62 17 52 36

✉ colonie.etincelle@gmail.com

🌐 www.etincelle-aepb.com

Code organisateur DDCS : 078ORG0606

Modalités d'inscription :
Envoyer ce dossier avant le 30/06/22 accompagné
des documents demandés au dos et du paiement.
Chèque à l'ordre de : AEPB
Possibilité de règlement en 3 fois
Le solde doit être payé le 30/06/21 dernier délai

Séjour de vacances du lundi 1er au dimanche 14 août 2021

Centre ELIEZ MOMBOISSE 4, rue Pierre CURIE 50580 PORTBAIL.

Tarif du séjour : 50 € minimum par enfant. Tarif recommandé selon capacité des familles 300 €

VACAF, chèques vacances acceptés

Ce tarif comprend : le transport en train de la Celle Saint-Cloud jusqu'à Valognes puis en autocar jusqu'au centre, l'hébergement, la restauration et les activités (école de voile et char à voile,...)

Pour les animateurs d'Étincelle, conformément au projet éducatif de l'association: « *chaque enfant est pour nous visage de Dieu, personne libre et unique. Il est appelé à découvrir sa vocation personnelle, à développer des talents particuliers, à donner le meilleur de lui-même* ». C'est dans cet esprit que sera développée la colonie de vacances en bord de mer et les parents y sont invités à y adhérer.

Participant(e) Nom et Prénom : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ Age : ____ ans Garçon Fille Classe : ____

Responsable légal Nom : _____

Prénom : _____

Lien avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

☎ Domicile : ____/____/____/____/____ ☎ Travail : ____/____/____/____/____ ☎ Mobile : ____/____/____/____/____

✉ Adresse électronique : _____@_____

N° de SS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Adresse du centre payeur : _____

_____ Adhérez-vous à une mutuelle ? Oui Non

Si oui adresse de la mutuelle : _____

Bénéficiez-vous de la Complémentaire Santé Solidaire ? Oui Non (Si oui, joindre photocopie)

Personne à contacter pendant le séjour Nom ☎ : ____/____/____/____/____

Frères et sœurs participant au séjour :

Nom : Prénom : Age..... Nom : Prénom : Age.....

Nom : Prénom : Age..... Nom : Prénom : Age.....

Autorisation parentale pour les photos et vidéos

Je soussigné(e), responsable de l'enfant

autorise

n'autorise pas

que mon enfant soit filmé / photographié lors des différentes activités, une autorisation me sera demandé pour toute publication (affiche, site...).

Fait à le

Signature

Nom : _____ Prénom : _____ né (e) le :/...../.....



Joindre OBLIGATOIREMENT les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant a t'il déjà eu les maladies suivantes :

RUBEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	VARICELLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ANGINES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	RHUMATISMES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	SCARLATINE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OTITES <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ASTHME <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	OREILLONS <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Indiquez ici les autres difficultés de santé en précisant :
(maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducation)

	/	/
	/	/
	/	/

Recommandations (Allergies, régime alimentaire, comportement à surveiller ...) :

- ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ?
 OUI NON
(Si oui joindre l'ordonnance aux médicaments)
- L'ENFANT MOUILLE-T-IL SES VETEMENTS (PIPI) ?
 OUI NON
 OCCASIONNELLEMENT
- S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE REGLEE ?
 OUI NON
- L'ENFANT FUME T'IL AVEC VOTRE ACCORD ?
 OUI NON

Règlement

Tout manquement grave à la discipline sera signalé aux parents et l'exclusion pourra être décidée. Les frais d'accompagnement et les frais médicaux sont à la charge de la famille. ETINCELLE AEPB n'est pas responsable des pertes ou vols d'objets dans le centre de vacances. Tout séjour commencé est dû en totalité.



≧ Pièces obligatoires à fournir ≦

À l'inscription

- ⇒ Fiche d'inscription +
- ⇒ Photocopie attestation sécurité sociale ou CSS +
- ⇒ Dossier sanitaire et photocopie du carnet de vaccins +
- ⇒ Test anti-panique de natation de 25m (à faire dans les piscines municipales avec un maître-nageur, ce test est obligatoire pour les activités natation **sans celui-ci votre enfant ne pourra pas participer aux activités baignades et nautiques**)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e),....., Représentant légal de l'enfant déclare exacte les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise à participer au séjour de vacances organisé par ETINCELLE - AEPB et à ses activités.

Je certifie que toute personne autre ayant autorité parentale a été dûment prévenue par mes soins de ce séjour.

Je m'engage à honorer le paiement de la participation de mon/mes enfant(s) au séjour dans le délai maximum accordé soit au plus tard le 30/06/2021.

J'autorise également le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant et à procéder récupérer mon enfant à la sortie de l'hôpital, le cas échéant.

Le / / à

Signature du tuteur légal de l'enfant

Pour la prise en compte de l'inscription, ce dossier doit être complet, dûment rempli et signé