

Dossier à retourner 15  
jours avant le premier  
jour du séjour

NE PAS IMPRIMER  
EN RECTO VERSO

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## Séjour Snow Camp My Colo MSA

Afin de procéder à l'inscription de votre enfant, nous attirons votre attention sur l'importance des indications données sur ces documents. **L'inscription de votre enfant sur un de nos séjours ne sera acceptée que si le dossier est dûment complété, signé et accompagné du règlement correspondant.**

**I : PREMIÈRE ÉTAPE obligatoire**, veuillez compléter le formulaire en ligne :  
<https://www.luniversite-solidaire.com/mycolo-snowcamp>

**II : DEUXIÈME ÉTAPE**, veuillez compléter ce dossier d'inscription avec la :  
Fiche Individuelle, Fiche familiale, Fiche Sanitaire, Fiche d'autorisations parentales.

**III : PIÈCE À JOINDRE** au dossier :

- Une photo d'identité du jeune à **coller** sur la fiche individuelle.
- Copie du carnet de santé, pages vaccinations.
- Attestation d'assurance en responsabilité civile (extrascolaire).
- La copie de votre attestation Quotient Familial MSA.

### Règlement

En espèces ou par chèque. Sur le chèque, merci d'indiquer au dos et au crayon papier, le nom et prénom du jeune concerné. Chèque à mettre à l'ordre de L'Université Solidaire.

- QF < 800€ : 250€
- QF de 801 > ou = 1000€ : 350€
- QF > 1000€ : 500€

### Adhésion

Pour participer au séjour, votre enfant doit obligatoirement être adhérent de l'association (une seule adhésion par famille et par an).

L'adhésion est au prix libre (5€ minimum) et peut s'effectuer en ligne via le lien suivant :  
<https://www.luniversite-solidaire.com/adhesion>

Si vous ne souhaitez pas faire cette démarche en ligne, merci de joindre votre adhésion au dossier d'inscription (chèque ou espèces).



# SÉJOUR DE VACANCES

## Fiche individuelle

Nom du jeune :

Prénom du jeune :

Sexe (cocher) :



Date de naissance :

Age :

Nationalité :

Adresse familiale :

**Le jeune est inscrit sur le séjour suivant :**

Snow Camp

Pour le mois :  d'avril

**Niveau de ski**

Débutant  Intermédiaire -  Intermédiaire +  Expert

**Est-ce que le jeune a des difficultés de santé ou des pathologies particulières ?**

(Maladie, allergies, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation, etc.)

OUI

NON

Si oui quelles sont les précautions à prendre :

**En cas d'urgence** Noms et prénoms des personnes à contacter

Pers 1 :

Pers 2 :

Tél (1) :

Tél (2) :

**Est-ce que le jeune inscrit est déjà parti en séjour dans le cadre d'un ACCEM ?**  Oui  Non



## Fiche familiale

Rappel du nom et prénom du jeune :

### REPRÉSENTANTS LÉGAUX

Parents,  Père,  Mère,  Tuteur(trice),  Assistant(e) familial(e)

Autre, à préciser :

#### Adulte 1

Nom :

Prénom :

Profession :

Téléphone :

E-Mail :

#### Adulte 2 (si nécessaire)

Nom :

Prénom :

Profession :

Téléphone :

E-Mail :

#### Personne autorisée à récupérer le jeune, autre que les représentants légaux :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

#### Lieu de RDV pour le trajet en bus, jour du départ et d'arrivée :

SISTERON

# Fiche sanitaire

Rappel nom et prénom du jeune :



## 1/ Vaccinations (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphthérie				Coqueluche	
Tétanos				Hépatite B	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
OU DT Polio					
OU Tétracoq					

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.  
Attention, le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

## 2/ Renseignements concernant le mineur :

VOTRE ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT MEDICAL ?  Oui  Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

**Aucun médicament ne pourra être pris ou donné sans ordonnance.**

Le jeune suit-il un régime alimentaire particulier (lié à une allergie, une intolérance, un trouble de la santé, une conviction) ?

OUI  NON

Si oui, lequel (végétarisme, sans viande, sans poisson, etc.) :

Le jeune a-t-il déjà eu des allergies ?

✓ **MEDICAMENTEUSES**  OUI  NON

✓ **AUTRES (animaux, plantes, pollen...)**  OUI  NON

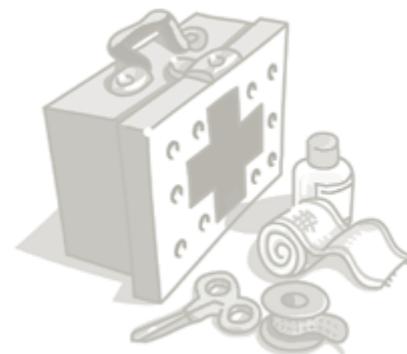
SI OUI, précisez les causes, les signes évocateurs et la conduite à tenir (Si automédication le signaler) :

LE MINEUR PRESENTE-T-IL UN PROBLEME DE SANTE PARTICULIER ?  OUI  NON

Si oui veuillez bien préciser de quel type, **Asthme par ex**, ainsi que les précautions à prendre et des éventuels soins à apporter :

## Fiche sanitaire (suite)

Rappel nom et prénom du jeune :



L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

<b>Rubéole</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Varicelle</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Angine</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Coqueluche</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Oreillons</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Otite</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<b>Rougeole</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Scarlatine</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<b>Rhumatisme articulaire aigu</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

### 3/ Recommandations utiles des parents :

Port de lunettes, de lentilles, d'appareils dentaires ou auditifs, comportement de l'enfant, difficulté de sommeil, énurésie nocturne :

	OUI	NON
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appareils auditifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Énurésie nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres informations que vous jugez utiles de transmettre à l'équipe :

### 4/ Responsable du mineur :

Nom ..... Prénom .....

Tel domicile ..... Tel portable.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif)

.....

Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

Date .....

Signature du responsable légal

# Fiche d'autorisations parentales



Je, soussigné(e) :

Responsable légal du jeune :

- Déclare exacts tous les renseignements portés sur les fiches du dossier d'inscription.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour.
- M'engage à rembourser les frais liés aux dégradations volontaires occasionnées par mon enfant.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement, du projet et du fonctionnement du centre et l'accepte dans son intégralité (**téléchargeable sur le site <http://sejourvvv04.com>**)
- Autorise les responsables de l'ACCEM à prendre toutes les mesures nécessaires pour mon enfant en cas d'urgence.
- J'ai bien noté que l'inscription de mon enfant devient définitive uniquement lorsque le règlement est effectué dans sa totalité et qu'aucun règlement ne sera accepté en dehors des dates définies.

## **CONTRAT D'IMAGE :**

*Dans le cadre des activités du séjour, des photographies et des vidéos des jeunes peuvent être prises et être utilisées à des visées pédagogiques, **afin que le jeune puisse avoir des souvenirs, pour garder le lien avec ses parents** ou pour agrémenter nos supports de communication. Cette autorisation est donnée sans contrepartie financière, et est valable sans limitation de durée. De notre côté, nous nous engageons à ne diffuser que des photos ou vidéos respectueuses de son image.*

- J'autorise L'Université Solidaire à utiliser des photos et/ou des vidéos dans lesquelles mon enfant apparaît.

Fait à :

Le :

Signature du responsable légal :

## **GESTION DES DONNEES :**

*Les informations recueillies à partir de nos formulaires font l'objet d'un traitement informatique destiné uniquement à : **L'association l'Université Solidaire** dans l'objectif de : **traiter vos dossiers et de pouvoir communiquer avec vous**, les destinataires des données sont : **Le service communication et administratif de l'U.S.** Vous pouvez accéder, à tout moment, aux informations vous concernant en adressant un mail à : **[luniversitesolidaire@gmail.com](mailto:luniversitesolidaire@gmail.com)***

*Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, [consultez vos droits sur le site de la CNIL](#).*