# DOSSIER D'INSCRIPTION

Association Séjours Plein Air

## CONDITIONS D'INSCRIPTION

**1- INSCRIPTION & ADHESION :**
L'inscription aux activités de l'Association Séjours Plein Air implique l'adhésion aux présentes conditions générales de vente ainsi que l'application stricte des directives du responsable du séjour. Les responsables légaux des mineurs reconnaissent en avoir pris connaissance.
L'inscription est effective lorsque le dossier est parvenu complet par courrier et accompagné des arrhes demandées. Le solde doit être réglé au plus tard 30 jours avant le début du séjour. Dans le cas d'une inscription réalisée moins de 30 jours avant la date de départ, vous devez joindre l'intégralité du paiement.
Passé ce délai, toute inscription non réglée sera annulée et des frais seront retenus.
La cotisation associative (2 euros) est incluse dans le prix de séjour.

**2- FRAIS D'ANNULATION :**
Toute annulation entraine les frais suivants :
- Plus de 30 jours avant le départ = montant des arrhes, établi à 30% du montant total séjour(s)
- Entre 29 jours et 10 jours = 40% du montant total séjour(s)
- Moins de 9 jours = l'intégralité du paiement du séjour est due

L'Association se réserve le droit d'examiner chaque cas pour éventuellement, diminuer ou annuler ces frais.

**3- MODIFICATIONS D'UN SEJOUR :**
Dans le cas où l'Association serait obligée de modifier ou d'annuler un séjour pour des motifs liés à la sécurité des participants, les familles ou responsables ne bénéficieraient que du remboursement des sommes versées, à l'exclusion de tout dommage et/ou intérêt.

**4- RENVOI D'UN PARTICIPANT :**
En cas de manquements graves aux règles de sécurité et/ou à des actes inadaptés à la vie en collectivité, le responsable du séjour peut prononcer le renvoi d'un participant. Cette décision, prise en concertation avec le représentant de l'organisateur, sera alors notifiée au responsable légal qui reconnaît avoir pris connaissance de son obligation d'assurer le rapatriement du participant dans un délai n'excédant pas 24h.
Celui-ci prend également connaissance de son obligation de régler l'ensemble des frais éventuellement engendrés par le rapatriement organisé par les services de l'Association (remboursement des frais de déplacement entre le lieu de séjour et le lieu de prise en charge du jeune + indemnisation relative à la présence d'un personnel + nuit d'hôtel le cas échéant).

**5- HORAIRES & LIEUX DE CONVOCATION :**
Dans les 10 jours précédents le départ, une convocation est adressée par courrier et/ou mail à l'adresse indiquée sur le dossier. Elle précise les dates, horaires et lieux de convocation pour les trajets aller et retour.
En aucun cas, le remboursement du montant du séjour ne peut être accordé lorsque le participant ne se présente pas aux lieux de rendez-vous, aux horaires et dates indiqués.

**6- BAGAGES & EFFETS PERSONNELS :**
Nous déclinons toute responsabilité en cas de perte, de détérioration ou de vol des affaires personnelles des participants. Nous conseillons d'ailleurs de ne pas confier à l'enfant d'effets personnels de valeur financière et/ou affective.

**7- DEGATS MATERIELS :**
Lorsqu'un participant est responsable, volontairement ou du fait de sa négligence, de la détérioration du matériel mis à sa disposition pendant le séjour, il est demandé une participation à la réparation ou au remplacement de ce matériel. Dans tous les cas, le responsable légal est informé dans les meilleurs délais.

**9- DROIT À L'IMAGE :**
Dans le cadre des activités de l'Association Séjours Plein-Air, les enfants pourront être pris en photo seul ou en groupe. Elles serviront à illustrer le blog de nos séjours. Ces photos pourront éventuellement servir à présenter l'association sur son site internet ou ses futurs supports publicitaires.
Si vous ne souhaitez pas que l'enfant soit pris en photo, veuillez adresser un courrier à l'Association Séjours Plein-Air.

**N° DE DOSSIER :**_____ État du Dossier ☐ Complet En cours ☐
(Réservé à l'Association) Fiche Sanitaire ☐ Certificat médical ☐ Test gilet ☐ Licence FFE ☐ Date de réception :_____

# FICHE D'INSCRIPTION

Association Séjours Plein Air

## LE JEUNE (Écrire en majuscule)

**NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

Sexe : ☐ F ☐ M Date de naissance : _____/_____/_____

Adresse d'envoi des informations : (si différente de l'inscrivant) _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Email : _____

**INFORMATION INSCRIVANT ☐ PARENT(S) ☐ TUTEUR(S) ☐ AUTRE, précisez :** _____

**NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Email : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Tél. professionnel : _____ Profession : _____

☐ J'accepte de recevoir des informations de la part de l'Association Séjours Plein-Air

Je soussigné(e) _____ certifie avoir pris connaissance des conditions d'inscription et des conditions générales de vente et les accepter sans nuances. Je certifie par ailleurs disposer des prérogatives pour inscrire l'enfant _____ aux activités de l'Association Séjours Plein-Air et accepte de payer la part des frais de séjour m'incombant.

| **Lu et approuvé** | **Date** | **Signature (obligatoire)** |
|---|---|---|
| | | |

## FINANCEMENT DU SÉJOUR

Dates : du _____/_____/_____ au _____/_____/_____

**Titre du séjour** (1ère semaine) : _____

**Titre du séjour** (2ème semaine) : _____

**Titre du séjour** (3ème semaine) : _____

Ville de départ : _____ et de retour : _____

(1) **TOTAL SÉJOUR(S)**

(2) **RÈGLEMENT** (Acompte 30% minimum)

| prix |
|---|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

**AIDES :** joindre les justificatifs originaux de prises en charge.

N° Allocataire CAF : _____ Caisse : _____

| Nom de l'organisme | Montant |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| (3) **Total des aides** | |

**Solde (1) - (2) - (3) :** _____

À régler au plus tard 30 jours avant la date de départ.

Les règlements sont à adresser à l'ordre de l'Association Séjours Plein-Air.

**TARIFS CONVOYAGE**

| | RENNES | | | NANTES | | | SAINT NAZAIRE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Aller | Retour | A/R | Aller | Retour | A/R | Aller | Retour | A/R |
| SAINT MICHEL EN L'HERM | 68 € | 68 € | **90 €** | 53 € | 53 € | **70 €** | 38 € | 38 € | **50 €** |
| SAINT GERVAIS | 64 € | 64 € | **85 €** | 49 € | 49 € | **65 €** | 34 € | 34 € | **45 €** |
| PIRIAC | 60 € | 60 € | **80 €** | 45 € | 45 € | **60 €** | 30 € | 30 € | **40 €** |

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Association Séjours Plein Air

## LE JEUNE (Écrire en majuscule)

photo du jeune

**NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

Date de naissance : _____/_____/_____ Garçon ☐ Fille ☐

**Titre du séjour :** _____

Dates : du _____/_____/_____ au _____/_____/_____

Lieu du séjour : _____

Taille : _____ Poids : _____ Âge : _____

**Cette fiche permet de recueillir des informations utiles.**
**Nous vous remercions de la compléter avec soin.**

## VACCINATION (compléter le tableau ou joindre la copie du carnet de santé ou les certificats de vaccination)

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | DATES DES DERNIERS RAPPELS | VACCINS RECOMMANDÉS | DATES |
|---|---|---|---|---|---|
| Diphtérie | ☐ | ☐ | | Hépatite B | |
| Tétanos | ☐ | ☐ | | Rubéole-Oreillons-Rougeole | |
| Poliomyélite | ☐ | ☐ | | Coqueluche | |
| Ou DT polio | ☐ | ☐ | | Autre (préciser) | |
| Ou Tétracoq | ☐ | ☐ | | | |

Si le jeune n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.
ATTENTION : le vaccin anti-tétanique ne présente aucune contre-indication.

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT LE JEUNE

Le jeune bénéficie-t-il de la **protection universelle maladie (PUMA)** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐ si oui, fournir une attestation valide

Le jeune possède-t-il une **carte vitale** ? oui ☐ non ☐ si oui, la fournir

Le jeune doit-il suivre un traitement médical pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

**Si oui** fournir une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants au moment du départ (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom du jeune avec la notice**). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

### LE JEUNE A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Rubéole** | oui ☐ non ☐ | **Varicelle** | oui ☐ non ☐ | **Angine** | oui ☐ non ☐ |
| **Rhumatisme articulaire aigu** | oui ☐ non ☐ | **Scarlatine** | oui ☐ non ☐ | **Coqueluche** | oui ☐ non ☐ |
| **Otite** | oui ☐ non ☐ | **Rougeole** | oui ☐ non ☐ | **Oreillons** | oui ☐ non ☐ |

### ALLERGIES :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Asthme** | oui ☐ non ☐ | **Médicamenteuses** | oui ☐ non ☐ | **Alimentaires** | oui ☐ non ☐ |
| **Autre** | oui ☐ non ☐ | | | | |

**Si oui, précisez la cause de l'allergie, joignez le PAI et la conduite à tenir (si automédication le signaler)**

_____

_____

_____

_____

Nom et tél. du médecin traitant

_____

_____

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Association Séjours Plein Air

## RECOMMANDATIONS UTILES

Afin d'améliorer l'accueil du jeune, veuillez préciser si il/elle :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **porte des lentilles** | oui ☐ non ☐ | **porte des appareils auditifs** | oui ☐ non ☐ | **porte une prothèse dentaires** | oui ☐ non ☐ |
| **sait nager** | oui ☐ non ☐ | **peut se baigner** | oui ☐ non ☐ | **peut pratiquer du sport** | oui ☐ non ☐ |
| **a des difficultés de sommeil** | oui ☐ non ☐ | **est énurésique** | oui ☐ non ☐ | **est réglée** | oui ☐ non ☐ |
| **a un trouble du comportement** | oui ☐ non ☐ | **est encoprésique** | oui ☐ non ☐ | **autres** | oui ☐ non ☐ |

Si vous souhaitez porter des informations spécifiques à notre connaissance, merci de les indiquer ci-dessous :

_____

_____

_____

## RÉGIME ou ALLERGIES ALIMENTAIRES

☐ **Sans porc** ☐ **Sans viande** ☐ **Végétarien**

_____

_____

## RESPONSABLE LÉGAL DU JEUNE

**NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Tél. professionnel : _____

### OBLIGATOIRE : PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

**NOM :** _____ **PRÉNOM :** _____

Lien avec l'enfant : _____

Tél. domicile : _____ **Tél. portable** (Obligatoire)**:** _____

Tél. professionnel : _____ Email : _____

Je soussigné(e) _____ responsable légal du jeune, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

J'autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, après consultation médicale, toute mesure (traitement, hospitalisation, intervention chirurgicale anesthésie comprise) rendue nécessaire par l'état du jeune et à reprendre le mineur à sa sortie de l'hôpital. J'accepte de payer les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

| Date | Signature (obligatoire) |
|---|---|
| | |

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR À L'ATTENTION DES FAMILLES

_____

_____