

# DOSSIER ENFANT COLONIES DE VACANCES

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

SEJOUR	DATES

OPTION	VILLE DE DEPART OU SUR PLACE ?*

\*ville de départ, se référer aux options transports de la brochure, indiquer « Sur place » si vous souhaitez emmener l'enfant directement sur le lieu du séjour. L'option transport choisie est valable pour l'aller et le retour.

## AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné/e : .....Représentant/e légal de l'enfant : .....

Autorise ce dernier à pratiquer les activités prévues du séjour pour lequel l'enfant est inscrit.

*Voir la liste des diverses activités proposées dans notre catalogue et fiche technique pour le séjour*

En cas de restriction pour des raisons de santé, veuillez nous le préciser :

- Exemple : drains dans les oreilles nécessitant des bouchons de baignade

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Fait à .....

Le .....

Signature des parents ou tuteurs

Signature du service inscrivant :  
Nom, prénom, qualité, cachet

### Règlement général sur la protection des données

Les informations recueillies sur le client font l'objet d'un traitement informatique réalisé par l'UNCMT et sont indispensables à la réalisation de sa commande. Ces informations et données personnelles sont également conservées de façon sécurisée, afin de respecter les obligations légales et réglementaires. Elles seront conservées aussi longtemps que nécessaire pour l'exécution de la prestation commandée et des garanties éventuellement applicables à l'issue de ces prestations.

Le responsable du traitement des données est l'UNCMT - 4 avenue du parc Saint André – 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR – Tél : 02 31 46 80 40 – Mail : [contact@uncmt.fr](mailto:contact@uncmt.fr).

L'accès aux données personnelles sera strictement limité aux employés du responsable de traitement, habilités à les traiter en raison de leurs fonctions. Les informations recueillies pourront éventuellement être communiquées à des tiers liés à l'entreprise par contrat pour l'exécution de tâches sous-traitées, sans que l'autorisation du client ne soit nécessaire.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, telle que modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, et par le Règlement Européen n°2016/.679, le client dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, et de portabilité des données le concernant, ainsi que du droit de s'opposer au traitement pour motif légitime, droits qu'il peut exercer en s'adressant au responsable de traitement à l'adresse postale ou e-mail mentionnée ci-dessus, en joignant un justificatif de son identité valide.

En cas de réclamation, le client peut contacter la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

## ENGAGEMENT DU PARTICIPANT

Je soussigné/e : ..... m'engage à accepter et respecter le contrat de vie en collectivité du centre de vacances à savoir :

- Respect de l'ensemble des personnes de mon entourage et du matériel (*non-violences physiques ou verbales, dégradations, politesse, langage*)
- Respect de mon hygiène personnelle et de la propreté de mon environnement
- Respect des règles de vie et des consignes définies par l'équipe du séjour :
  - Mixité interdite dans les chambres ou dans les tentes
  - Usage du tabac, d'alcool et de drogue interdit,
  - Usage du téléphone portable règlementé ou interdit en fonction de l'âge du participant

Je suis informé.e qu'en cas de non-respect du règlement de la vie en collectivités (vols, violences physiques ou verbales, incivilités, mise en danger de soi-même ou d'autrui...) un rapatriement disciplinaire entièrement à la charge de ma famille sera envisagé.

Fait à .....

Le .....

**Signature du Participant**

**Signature des parents ou tuteurs**

**Signature du service inscrivant :**

*Nom, prénom, qualité, cachet*

## AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE

Madame, Monsieur,

Votre enfant est inscrit dans un centre de vacances de l'UNCMT. Durant le séjour, votre enfant est susceptible d'être photographié par les membres de l'équipe. Ces photos serviront à illustrer principalement le blog de communication aux familles, mais également peuvent être utilisées pour illustrer nos brochures et site internet.

Nous vous demandons d'autoriser l'apparition de votre enfant sur support photo, vidéo, informatique et internet, conformément à la législation relative aux droits de la personne photographiée et à l'article 9 du code civil.

Je soussigné/e : ..... Représentant/e légal de l'enfant : .....

Demeurant : .....

.....

.....

Inscrit/e sur le séjour : ..... Option : .....

Du ..... au .....

autorise  n'autorise pas (*cochez la case*)

Autorise l'association UNCMT à photographier et à utiliser l'image de mon enfant. En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives aux droits à l'image, j'autorise l'association UNCMT à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le strict cadre des activités de l'association.

Les photographies pourront être exploitées et utilisées par l'association UNCMT sur tous ses supports numériques et imprimés et pour toute thématique, pour une durée de cinq ans. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation ou d'en faire toute autre exploitation préjudiciable.

Il s'efforcera, dans la mesure du possible, de tenir à ma disposition un justificatif à chaque parution des photographies sur simple demande.

Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de l'image de mon enfant ou de son nom.

Pour toutes informations ou interrogations liées à mon droit à l'image, je suis informé que je peux joindre l'association UNCMT par e-mail à [contact@uncmt.fr](mailto:contact@uncmt.fr)

Fait de bonne foi à .....

Le .....

Signature du représentant légal

# Fiche sanitaire

## SEJOUR

Séjour : ..... Du ...../...../..... au ...../...../.....  
 Option du séjour : .....

## L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Sexe : M  F  Date de naissance : ...../...../..... Age de l'enfant au moment du séjour : .....  
 Poids : ..... kg Pointure (Si séjour Hiver) : .....

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Adresse : .....  
 Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....  
 Tel. pendant le séjour : .....

## VACCINATIONS

(A remplir à partir du carnet de santé de l'enfant. Joindre, si possible la copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations).

VACCINS OBLIGATOIRES	OUI	NON	DATE DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				R.O.R.	
Poliomyélite				Coqueluche	
ou DT Polio				BCG	
ou Tétracoq				Autres (préciser)	
ou Pentacoq					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication avec cette fiche sanitaire. Attention : le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication et est donc obligatoire.

## RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ?  Oui  Non

Si oui, lequel ?

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Joindre obligatoirement une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments avec leur notice dans leur emballage d'origine et marquées au nom de l'enfant) au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant.

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

Doit-il garder des médicaments en permanence sur lui ?

.....  
 .....  
 .....

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Varicelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Angine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rhumatismes articulaires aigus <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	--	---	---

Coqueluche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Otite <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	Scarlatine <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--	---	--	---

L'enfant fait-il de l'asthme ?

Allergique  A l'effort  Non

Allergies :

Asthme :  Oui  Non Médicamenteuses :  Oui  Non

Alimentaires :  Oui  Non Autres :  Oui  Non

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler).....

.....  
 .....



Indiquez ici les difficultés de santé (maladie, accident, crise convulsive, hospitalisation, opération, rééducation,) en précisant les dates et les précautions à prendre.

.....  
.....  
.....

L'enfant est-il porteur de handicap ?  Oui  Non

Recommandations particulières :

.....  
.....  
.....

#### RECOMMANDATIONS

**D'ordre médical** (port de lentilles, de lunettes, de prothèses auditives, de prothèses dentaires, etc.) :

.....  
.....  
.....

**D'ordre général** (régime alimentaire spécifique, comportement, etc.) :

.....  
.....  
.....

Y-a-t-il des recommandations particulières que vous souhaitez transmettre au directeur.trice du séjour concernant la vie quotidienne et besoins de l'enfant (rite d'endormissement, envie d'activités.... ) :

.....  
.....  
.....

Si vous souhaitez transmettre des informations plus confidentielles uniquement à l'organisateur UNCMT, merci de nous envoyer un mail à [accueils@uncmt.fr](mailto:accueils@uncmt.fr) ou par courrier **UNCMT – Service Séjours - 4 avenue du Parc Saint André – 14200 HEROUVILLE SAINT CLAIR**

L'enfant mouille-t-il son lit ?  Oui  Non

S'il s'agit d'une fille, est-elle réglée ?  Oui  Non

#### DIVERS

Au cas où vous seriez vous-même en vacances pendant le séjour de votre enfant, pouvez-vous nous indiquer comment vous joindre (adresse et numéro de téléphone) ?

.....  
.....  
.....

Si vous souhaitez vous faire représenter par une tierce personne lors du retour de votre enfant, merci de préciser le nom de la personne venant le chercher ainsi que le lieu (centre, gare, lieu intermédiaire).

Nom : ..... Prénom : ..... Lien avec l'enfant : .....

téléphone : .....

Y-a-t-il une personne interdite de visite ?  Père  Mère  Autres (précisez) : .....

Y-a-t-il une personne interdite de contact ?  Père  Mère  Autres (précisez) : .....

Je soussigné(e), ....., responsable de l'enfant ....., déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente et les accepter sans réserve. J'autorise le directeur du séjour à prendre le cas échéant toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales). Je m'engage, de plus, à rembourser toutes les sommes avancées.

Fait à ..... Le .....

Signature des parents ou tuteurs

Signature du service inscrivaint :

Nom, prénom, qualité, cachet