



DOSSIER ENFANT

Colonies de vacances



Nom

Prénom

Date de naissance

Séjour

Dates

Option

Ville de départ ou sur place*

Ville de départ, se référer aux options de 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.

Documents à fournir

Au moment de l'inscription :

- Le dossier enfant** : complété, signé avec le règlement de l'acompte (ou avec plan de financement établi avec les services sociaux si besoin).
- La fiche d'inscription** : dûment remplie et signée.
- La fiche sanitaire de liaison** : dûment remplie et signée.
- L'attestation à jour de la CPAM ainsi que la copie des cartes vitale et mutuelle**
- L'original du bon de prise en charge financière éventuel** : CAF, Conseil Départemental, Mairie, CSE...
- Le test d'aisance aquatique ou brevet de 50m de natation** (si activités nautiques uniquement)

A remettre au moment du départ :

- La liste de trousseau à mettre dans la valise**
- Si besoin, les médicaments à délivrer avec l'ordonnance du médecin dans une pochette au nom de l'enfant, directement à un animateur**
- L'argent de poche dans une enveloppe au nom de l'enfant, directement à un animateur**



Autorisation du droit à l'image



Madame, Monsieur,

Votre enfant est inscrit dans un centre de vacances de l'UNCMT. Durant son 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 éventuellement 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.

Oui, j'autorise Non, je n'autorise pas

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 des photographies prises dans le strict cadres de l'association pour une durée de cinq ans. Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation ou d'en faire toute autre exploitation préjudiciable.



Autorisation de transport

Durant son séjour, votre enfant est également susceptible d'être transporté par les membres de l'équipe de l'UNCMT en minibus ou voiture de fonction. Ces transports sont obligatoires pour se rendre sur les lieux d'activités, de visites ou encore si votre enfant doit aller voir un médecin. Merci de cocher la case suivante :

Oui, j'accepte que mon enfant soit transporté



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-violence physique ou verbale, 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, alcool et drogues 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 collectivité (vols, violences physiques ou verbales, incivilités, mises 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**

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.

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.

CENTRE DE VACANCES

Fiche d'inscription



Cadre réservé à l'UNCMT : Décompté Attestation d'inscription Convocation Facture

Code client :

Code réservation :

Nom du centre/séjour :
.....

Dates du séjour :
.....

Option choisie :
.....

Le participant :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Né.e le : / /

Age de l'enfant durant le séjour :

Adresse :

Est-ce son premier départ en colonie de vacances :

Est-ce que votre enfant viendra avec un.e ami.e ? Soeur ou frère ? Si oui, précisez :

Le responsable légal :

Père

Mère

Tuteur

Nom : | |

Prénom : | |

Adresse : | |

Mail : | |

Téléphone : | |

Profession : | |

Employeur : | |

Pour tous renseignements :

Tel. 02 31 46 80 40 - 4 Avenue du Parc Saint André 14200 Hérouville-Saint-Clair

WWW.UNCMT.FR - accueils@uncmt.fr

Sécurité sociale :

Nom et prénom de l'assuré (auquel l'enfant est rattaché) :

N° :

Adresse Caisse :

CMU : Oui Non

Si oui, fournir obligatoirement une copie de l'attestation

Allocataire : CAF MSA

Nom, prénom allocataire :

N° Adresse caisse :

Situation de famille des parents : Mariés Vie maritale Veuf/Veuve Divorcés Séparés Célibataire

Personne à prévenir en priorité : Père Mère Autre (précisez) :

Qui a la garde l'enfant au moment du séjour : Père Mère Autre (précisez) :

Nom et adresse de facturation
(si différente de celle du responsable)Nom et adresse où seront envoyés les renseignements concernant le départ
(si différente de celle du responsable).....
..........
.....

Eventuellement : nom de l'éducateur.trice ou de l'assistant.e sociale responsable de l'inscription :

Décompte financier :**MONTANT DU SEJOUR :€****ACOMPTE DE 30% :€**

A déduire :

- Aide CSE (ou employeur).....€
 - Aide municipalité - CCAS€
 - Autres aides€
- Je bénéficie d'aides de la CAF (je joins le justificatif correspondant)

MONTANT DES AIDES :€

RESTE A REGLER :€*Le soussigné reconnaît que la somme "reste à régler" inscrite n'est définitive que sous réserve de la perception par l'UNCMT des aides indiquées au-dessus ou à venir. Ce document destiné à vous aider dans le montage du financement du séjour, n'est donc pas la facture finale.***Attention les bons CAF ne sont pas acceptés pour régler l'acompte. Si vous réservez moins de 30 jours à la date de départ, vous devez régler l'intégralité du séjour.****En cas de prise en charge, merci de joindre au dossier d'inscription les originaux des justificatifs.**

Je soussigné M..... père/mère/tuteur de l'enfant ci-dessus dénommé,

- Autorise le Directeur du séjour à faire soigner mon enfant, à faire pratiquer les interventions d'urgence, suivant les prescriptions du médecin.
- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour.
- M'engage à payer la part des frais du séjour incombant à la famille ainsi que les frais médicaux.
- Déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales de Ventes de l'UNCMT et les accepte sans réserve.
- Cochez cette case si vous ne souhaitez pas recevoir les prochains catalogues et courriel d'information de l'UNCMT.

Fait à, le

Signature



Fiche sanitaire de liaison



Séjour

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

L'enfant

Nom : Prénom :
Sexe : M ou F Date de naissance :/...../..... Age de l'enfant au moment du séjour :
Poids : kg

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, 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 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 Varicelle Angine Rhumatismes articulaires aigus
Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

Coqueluche Otite Rougeole Oreillons Scarlatine
Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non Oui Non

L'enfant fait-il de l'asthme ?

Allergique : Oui Non A l'effort : Oui Non

L'enfant a-t-il des allergies :

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.) :

.....
.....

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire spécifique ? (sans porc ou sans viande) :

.....
.....

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 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 inscrivait : Nom, prénom, qualité, cachet