



# Bulletin d'inscription

Aroéven Bretagne - 81, Boulevard Albert 1er - 35200 RENNES  
Téléphone - 02 99 63 15 77 - Courriel - aroeven.bretagne@aroeven.fr

Réservé à l'Aroéven

Date d'arrivée \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N° du dossier \_\_\_\_\_

1. Compléter toutes les rubriques en majuscules ;
2. Dater et signer ;
3. Envoyer le bulletin d'inscription avec le règlement demandé ;
4. L'envoi des informations pratiques concernant le séjour est conditionné à la réception du versement du solde.

## LE SÉJOUR

Nom du séjour \_\_\_\_\_ Réf. du dossier \_\_\_\_\_

Date de départ \_\_\_\_\_  Ville de départ \_\_\_\_\_  Sur place

Date de retour \_\_\_\_\_  Ville de retour \_\_\_\_\_  Sur place

Pour les séjours à options : option choisie \_\_\_\_\_ Montant en Euros \_\_\_\_\_

## LE PARTICIPANT

NOM et Prénom \_\_\_\_\_

Sexe  Garçon  Fille Né(e) le \_\_\_\_\_

Le participant viendra-t-il avec un(e) ami(e) ? Si OUI, indiquer NOM et Prénom \_\_\_\_\_

Le participant viendra-t-il avec un frère ou une soeur ? Si OUI, indiquer NOM et Prénom \_\_\_\_\_

## LE RESPONSABLE LÉGAL

Madame  Monsieur NOM et Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Tél. 1 \_\_\_\_\_ Tél. 2 \_\_\_\_\_

LA CONFIRMATION D'INSCRIPTION ET LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU DÉPART VOUS SERONT TRANSMIS PRIORITAIREMENT PAR EMAIL, MERCI D'INDIQUER LE PLUS LISIblement POSSIBLE VOTRE ADRESSE.

Le cas échéant, coordonnées de l'éducateur(rice) ou de l'assistant(e) social(e) en charge de l'inscription

NOM et Prénom \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Tél. 1 \_\_\_\_\_ Tél. 2 \_\_\_\_\_

ADRESSE DE FACTURATION (SI DIFFÉRENTE DE CELLE DU RESPONSABLE)		ADRESSE OÙ SERONT ENVOYÉS LES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DÉPART (SI DIFFÉRENTE DE CELLE DU RESPONSABLE)	
Nom	Prénom	Nom	Prénom
Adresse		Adresse	
Tél. 1	Tél. 2	Tél. 1	Tél. 2
Email		Email	

## LE RÉGLEMENT

### PRIX DU SÉJOUR (OPTIONS INCLUSES)

Je règle le montant de \_\_\_\_\_ € (acompte de 30%) ET je m'engage à régler le solde soit \_\_\_\_\_ €

OU  Je règle le montant total du séjour soit \_\_\_\_\_ € (obligatoire pour les inscriptions à moins de 30 jours du départ)

LE SÉJOUR PEUT ÊTRE RÉGLÉ PAR CHÈQUE, CHÈQUE VACANCES ANCV, CARTE BANCAIRE OU ESPÈCES (VOIR DIRECTEMENT AVEC L'AROÉVEN).

**ASSURANCE ANNULATION OPTIONNELLE** SOUSCRIPTION POSSIBLE UNIQUEMENT AU MOMENT DE L'INSCRIPTION. CONDITIONS ET GARANTIES À DEMANDER À L'AROÉVEN OU DISPONIBLE SUR LE SITE [www.aroeven.fr](http://www.aroeven.fr)

Je souscris à l'assurance annulation correspondant à 4,44% du prix du séjour et après avoir pris connaissance des conditions générales.

Je ne souscris pas à l'assurance annulation.

**AIDES AUX VACANCES** LES AIDES OBTENUES SERONT DÉDUITES DU SOLDE.

Bénéficiez-vous d'une aide aux vacances ? Si OUI, merci de préciser la nature des aides perçues :

Caisses d'Allocations Familiales. Auquel cas, joindre le justificatif correspondant ou indiquer le n° d'allocataire \_\_\_\_\_

Employeur / Comité d'entreprise, lequel ? \_\_\_\_\_

Collectivité, laquelle ? \_\_\_\_\_

Autres \_\_\_\_\_

Je soussigné(e) (NOM, Prénom) \_\_\_\_\_

agissant tant pour moi-même que pour le compte de la personne inscrite, adhère à l'association et certifie avoir pris connaissance des conditions générales de l'agrément tourisme et des conditions générales qui figurent sur le site [www.aroeven.fr](http://www.aroeven.fr) et les accepte.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal (obligatoire)

# FICHE SANITAIRE DE RENSEIGNEMENTS

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SEJOUR DE L'ENFANT ;  
ELLE VOUS SERA RENDUE A LA FIN DU SEJOUR

NOM DU SEJOUR : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

## ENFANT

NOM : ..... PRENOM : .....

Sexe : F  M  Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....

Etablissement scolaire : ..... Classe : .....

Nationalité : ..... Poids : ..... Taille : .....cm

## RESPONSABLE DE L'ENFANT

Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> représentant légal <input type="checkbox"/>	NOM .....	Prénom .....
---	-----------	--------------

Adresse : .....

☎ Domicile \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ) Portable1 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ) Portable2 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E.mail \_\_\_\_\_

## IMPORTANT

► En cas d'urgence pendant le séjour, merci de nous indiquer comment nous pouvons vous joindre, 24/24h et 7j/7

☎ fixe : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ☎ portable : /\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse du responsable du jeune pendant le séjour : .....

Nom et tél. du médecin traitant (facultatif) .....

## OBSERVATIONS (merci de remplir soigneusement cette rubrique)

C.M.U (Couverture Maladie Universelle) oui  non  (Pour les bénéficiaires de la C.M.U fournir impérativement la photocopie de l'attestation C.M.U)

Noter ici toutes les indications que vous jugez utiles (comportement de l'enfant, recommandations particulières, régime alimentaire...)

## LE CAS ECHEANT, éducateur ou assistante sociale en charge du jeune joignable avant, pendant et après le séjour

NOM : ..... ☎ : .....

## RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

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

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

TOURNEZ LA PAGE SVP

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

## → VACCINATIONS

A remplir à partir du carnet de santé ou des certificats de vaccination de l'enfant (Vous pouvez nous remettre une copie des pages du carnet de santé relative aux vaccinations mais en aucun cas, vous ne devez nous remettre le carnet de santé)

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates	Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication.  <u>ATTENTION</u> Le vaccin anti-tétanique est obligatoire et ne présente aucune contre-indication.
Diphtérie				Hépatite B		
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole		
Poliomyélite				coqueluche		
Ou DT Polio				Haemophilus de type b		
Ou Tétracoq				Pneumocoque		
BCG				Méningocoque		

Groupe sanguin : ..... (facultatif)

## → RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui  non

**Si oui joindre une photocopie d'une ordonnance récente et les médicaments** correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice remis au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant).

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

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

Rubéole	Varicelle	Angines	Rhumatisme articulaire aigu	Scarlatine	Coqueluche	Otites	Rougeole	Oreillons
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

### ALLERGIES :

Asthme oui  non

Médicamenteuses oui  non

Alimentaires oui  non

Autres.....

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

L'enfant mouille-t-il son lit ? oui  non  parfois

Si c'est une fille, est-elle réglée ? oui  non

L'enfant fait-il de l'asthme à l'effort ? oui  non

**DIFFICULTES DE SANTE** (maladies, accidents, crises convulsives, hospitalisations, opérations, rééducations) Préciser les dates et les précautions à prendre.

## AUTORISATIONS

**Pour rappel (cf droit à l'image) :** Les photos ou vidéos prises durant le centre de vacances pourront être utilisées ultérieurement (brochure d'information, catalogue, site Internet...) sans qu'aucune compensation ne puisse être réclamée à l'Aroéven.

**Je soussigné** .....

(nom, prénom du responsable)

**Autorise**.....

(nom, prénom du jeune)

① A pratiquer toutes les activités sportives organisées durant le séjour.

② M'engage à reverser à l'Aroéven, en cas de maladie du jeune pendant le séjour, le montant des dépenses engagées pour le traitement.

④ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, auto-test covid 19) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Si vous ne pouvez pas venir chercher votre enfant au retour du séjour, merci de nous fournir une attestation signée de votre main en nous mentionnant les modalités de retour du jeune (retour seul ou nom des personnes qui le prendront en charge).

Fait à ..... Le .....

(Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »)

**Signature**

### A REMPLIR PAR LE DIRCTEUR

Observations ou soins donnés pendant le séjour : .....



**FICHE COMPLEMENTAIRE**  
**Connaissance /jeune/équipe**  
(Document confidentiel destiné au directeur du séjour)

Proposer un séjour à un jeune, c'est rechercher son adhésion au projet, son accord, voire son enthousiasme. Afin de mieux connaître le jeune, et de lui assurer un meilleur accueil, le directeur et son équipe vous remercient de compléter la ci-dessous :

Jeune (nom, prénom) : \_\_\_\_\_

Inscrit sur le séjour : \_\_\_\_\_ du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/ au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Etablissement scolaire : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

N° de ☎ en cas d'urgence (**joignable 24h/24**) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**Le jeune a-t-il choisi son projet de séjour ? OUI  NON**

Pour quelles raisons ?

**Le jeune et le groupe :** (expériences de vie collective avec ou sans hébergement...)

**Le jeune et les activités :** (pratiques et intérêts...)

**Le jeune et la vie quotidienne :** (autonomie et prise d'initiative du jeune...):

**Vous pouvez ajouter ci-dessous, toutes informations complémentaires utiles à l'équipe d'encadrement pour le bon déroulement du séjour :**

**Souhaitez-vous que le directeur du séjour prenne contact avec vous avant le départ ?**

Oui  merci d'indiquer votre ☎ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

Non



## Demande de cession de droit à l'image

L'association s'interdit expressément l'exploitation des photographies susceptibles de porter atteinte à la vie privée des enfants accueillis.

Je soussigné(e) .....

Demeurant .....

Responsable légal de .....

**Autorise l'association Aroéven Bretagne** et, par extension, la Foéven,  
81 Bd Albert 1<sup>er</sup> à Rennes  
Représentée par son Président Tangi Le Ny

A capturer, stocker, utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des supports fixant l'image du mineur mentionné ci-dessus réalisés :

Lors du séjour effectué à .....

Durant la période du ..... Au .....

Les photographies sont susceptibles d'être reproduites, en partie ou en totalité, sur les supports suivants pour lesquels votre accord est demandé :

- **Blog sécurisé du séjour**  Oui  Non

*Pour prendre des nouvelles de votre enfant, un journal de bord sécurisé par un code d'accès spécifique est mis en place. Gratuit et simple d'utilisation, cet outil permet de suivre en images le bon déroulement du séjour !*

- **Publications Aroéven** (revue, brochure)  Oui  Non  
- **Evènementiels Aroéven** (forum)  Oui  Non  
- **Sites internet Aroéven**  Oui  Non  
- **Réseaux sociaux Aroéven**  Oui  Non

*Destinés à des fins d'enseignement et/ou d'exploitation commerciale à destination de ses bénéficiaires (familles et corps enseignant), ces supports servent un seul objectif : promouvoir le droit aux vacances auprès du plus grand nombre.*

**Dans le cas où aucune de ces cases n'est cochée ou si ce document ne nous est pas retourné, l'Aroéven considérera que le consentement est refusé.**

Conformément à la réglementation générale à la protection des données personnelles, **vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant qui seront conservées pendant 3 ans maximum.**

Pour exercer ce droit, adressez-vous à la référente RGPD, Sylvie Daniel.

### Comment avez-vous connu l'Aroéven ?

- Brochure, flyer   
- Site Internet   
- Bouche à oreilles   
- Réseaux sociaux   
- Partenaires divers (Comités d'entreprises, etc...)   
- Autres : \_\_\_\_\_

Souhaitez-vous recevoir nos communications par mail OUI  NON

Si oui, Adresse mail : \_\_\_\_\_

Fait à ..... Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature

# ATTESTATION DE CAPACITE A LA PRATIQUE DES ACTIVITES NAUTIQUES ET AQUATIQUES OU TEST ANTI-PANIQUE

Je soussigné(e), .....

Titulaire du BNSSA N°.....

BEESAN N°.....

MNS N°.....

BEES N°.....Spécialité :.....

Certifie que : (Nom du jeune).....

A satisfait aux tests préalables à la pratique des activités nautiques et aquatiques en Accueil Collectifs de Mineurs, tels qu'ils sont définis dans l'article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R.227-13 du code de l'action sociale et des familles :

- Effectuer un saut dans l'eau ;
- Réaliser une flottaison sur le dos pendant cinq secondes ;
- Réaliser une sustentation verticale pendant cinq secondes ;
- Nager sur le ventre pendant vingt mètres ;
- Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

Epreuves effectuées en piscine / sur le lieu d'activité (rayer la mention inutile)

Epreuves effectuées avec / sans brassière de sécurité (rayer la mention inutile)

Fait le : ..... à .....

Signature et tampon

## Les documents à envoyer à l'Aroéven Bretagne

- **Santé :**
  - **Obligatoire :**
    - Copie des vaccins du carnet de santé
  - Pour les concerné.es :
    - Si vous êtes bénéficiaire de la complémentaire santé (ex CMU) :  
**Attestation des droits de complémentaires santé** (en cours de validité)
- **Administratif :**
  - **Obligatoire** en cas de sortie de territoire :
    - Copie de la CNI ou du passeport du parent signataire pour l'autorisation de sortie de territoire (en cours de validité)
  - Pour les concerné.es
    - Si vous êtes bénéficiaire de l'aide vacance enfant CAF : **Attestation de quotient familial**

**L'Aroéven tient à rappeler que les documents transmis sont immédiatement détruits après le séjour pour respecter vos données personnelles et privées.**

**D'autres documents pourront vous être demandés en fonction du séjour ou de votre situation.**

Si vous avez des questions :

- **Contactez-nous :**
  - Sur notre adresse mail : [aroeven.bretagne@aroeven.fr](mailto:aroeven.bretagne@aroeven.fr)
  - Par téléphone : 02 99 63 15 77
  - Par courrier : 81 BD Albert 1er - 35200 RENNES
  - Sur nos réseaux sociaux : Aroéven Bretagne



## TROUSSEAU VOUVRAY

Le trousseau est destiné à faciliter la préparation des bagages. De manière générale, il vaut mieux privilégier les sacs à dos aux valises. Prévoir un petit sac à dos supplémentaire pour les affaires personnelles et les petites excursions. Il conviendra d'adapter la tenue vestimentaire aux activités prévues.

**De façon générale, ne pas emporter de vêtements et d'objets de trop grande valeur** (MP3 ou 4, console, smartphone, montre de marque...) qui attirent la convoitise et ne sont pas du tout indispensables lors d'un tel séjour !!!

L'Aroéven Bretagne décline toute responsabilité en cas de perte, vol ou dégradation d'objets personnels durant le séjour.

TROUSSEAU	
Vêtements et autres	Nombre conseillé
Chemises, tee-shirts, polos	8
Pulls (dont 1 chaud)	1
Pantalons + shorts	2 + 4
Survêtement	1
Sweats	2
Pyjamas	1 à 2
Vêtement de pluie	1
Maillot de bain	1 à 2
Slips ou culottes	8
Chaussettes	8 paires
Serviettes toilette et bain	2 + 1
Trousse de toilette + gants	1 + 2
Sac à linge sale	1
Chaussures de sport et/ou marche	1 paire
Tongues ou claquettes	1 paire
Vielles chaussures de sport pour aller dans l'eau (Canyoning)	1
Chapeau, casquette	1
Lunettes de soleil	1 paire
Crème solaire	1
Duvet	1
Lampe de poche	1
Gourde	1
Lessive à la main	1 tube
Petit oreiller ou coussin	1 (facultatif)
Mouchoirs en papier	4x10