

Chers Parents,

Ce dossier est spécifique à un séjour s'adressant aux enfants malades de 6 à 17 ans.

Ce dossier ne peut servir qu'à l'inscription d'un seul enfant uniquement. Dans le cas de l'inscription de plusieurs enfants, veuillez remplir **un dossier par enfant**.

L'inscription est composée de 2 dossiers : - **Séjour enfants & ados – parents** (partie administrative)  
PJJ - **Dossier médical** (à remplir par le médecin)

## IMPORTANT

**Merci de joindre les pièces suivantes :**

1. Ce dossier **complété** ;
2. La photocopie du carnet de santé : **Vaccinations et Maladies contagieuses** ;
3. L'attestation de la **carte vitale à jour** ou de la CMU pour l'année en cours ;
4. Une copie de l'attestation de **responsabilité civile** ;
5. Toutes les **autorisations signées** ;
6. Facultatif : Photocopie de la carte de groupe sanguin, 1 photo récente.

---

Tout dossier incomplet entraînera le retard de l'inscription de votre enfant.

Cependant, remplir ce dossier, ne garantit en aucun cas l'inscription définitive à un séjour.

**L'inscription vous sera confirmée**, après examen et validation du dossier  
par la commission médicale de L'ENVOL.

---

### **RETOUR DU DOSSIER :**

Le dossier doit être complété, signé et envoyé à :

**L'ENVOL**

Service Médical  
216 avenue Jean Jaurès  
75019 Paris

### **POUR TOUTES QUESTIONS, N'HÉSITEZ PAS A NOUS CONTACTER :**

07 62 31 33 44  
01 81 69 49 72

familles@lenvol.asso.fr

Nom de l'enfant : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Sexe : Fille  Garçon

Adresse habituelle de l'enfant : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Français courant : oui  non

Autre langue : .....

## PARENTS OU PERSONNE TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE

	Mère	Père	Autre personne titulaire de l'autorité parentale	Personne à prévenir en cas d'urgence
Nom				
Prénom				
Adresse si différente				
Code postal				
Ville				
Tél portable				
Tél domicile				
Tél travail				
Email				
		Lien de parenté :		

**Précision sur la situation familiale de l'enfant :** (mère/père célibataire, parents ne parlent pas français, vit en foyer ...)

.....

Pour votre enfant, s'agit-il de sa 1<sup>ère</sup> séparation du milieu familial ? Oui  Non

Votre enfant a-t-il déjà séjourné à L'ENVOL ? Oui  Non  Si oui, préciser quand : .....

## FRÈRES & SŒURS :

Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	Date de naissance :
Nom :	Prénom :	Date de naissance :

## DISPONIBILITES :

**Merci de bien vouloir cocher les dates où votre enfant serait disponible**

	Session	Précisions	Dates	Lieux	Date limite d'inscription
	<b>Printemps</b> : pour les enfants atteints du syndrome de Prader-Willi <b>uniquement</b>	Adolescents de 13 à 17 ans	Du 21 au 26 Avril	Mandres les Roses (94)	
	<b>Ado</b> ÉTÉ 1	Adolescents de 13 à 17 ans	Du 07 au 13 Juillet	Athis Mons (91)	14 juin 2019
	<b>Enfants-Ados</b> ÉTÉ 2	de 6 à 17 ans	Du 21 au 27 Juillet	Athis Mons (91)	14 juin 2019
	<b>Enfants</b> ÉTÉ 3	Enfants de 6 à 12 ans	Du 04 au 10 Août	Athis Mons (91)	14 juin 2019
	<b>Enfants-Ados</b> ÉTÉ 4	de 6 à 17 ans	Du 18 au 24 Août	Athis Mons (91)	14 juin 2019

## PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE :

**MÉDECIN RÉFÉRENT/ MÉDECIN TRAITANT :**

Nom et Prénom :	Hôpital ou adresse :
Service :	
Téléphone ligne directe :	
Secrétariat :	Ville :
Fax :	E-mail :

**AUTRE :**

Nom et Prénom :	Téléphone ligne directe :
Profession : Psychologue <input type="checkbox"/> Assistante sociale <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Ou autre, préciser <input type="checkbox"/>	
Adresse :	Secrétariat :
	Fax :
Ville :	E-mail :

MERCI DE REpondre PRECISEMENT AUX QUESTIONS SUIVANTES  
 AFIN DE NOUS PERMETTRE D'ACCUEILLIR VOTRE ENFANT DANS LES MEILLEURES CONDITIONS POSSIBLES  
 EN REpondANT A SES BESOINS PARTICULIERS ET AUX EXIGENCES MEDICALES.

<b>PATHOLOGIE :</b>	
L'enfant connaît-il sa maladie ?	<b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/>
A-t-il/elle déjà eu la varicelle ?	<b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/>
	Est-il/elle à jour dans ses vaccinations ? <b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/>

	Si oui, préciser à quoi	Quelles réactions ?	Quelle conduite à tenir ?
<b>ALLERGIES</b>			
Alimentaires			
Médicaments			
Autres : (animaux, pollen, soleil...)			
ASTHME			
RÉGIME ALIMENTAIRE (ex : sans porc, sans viande, sans oeuf, sans arachide, sans sel...)			

## PRECAUTIONS PARTICULIERES :

	Oui	Merci de préciser :
Problèmes de mobilité ?		
Problèmes d'audition ?		
Problèmes de vision ?		
Problèmes d'expression ?		

	Oui	Merci de préciser :
Port d'un appareil ? (Auditif, dentaire, lunettes)		
Besoin d'aide pour les tâches du quotidien ? <i>Allez aux toilettes, se doucher, se laver les dents, s'habiller, se coiffer, s'alimenter...</i>		

Votre enfant a-t-il des difficultés de comportement qui pourraient avoir une incidence sur son expérience ou celle des autres enfants à L'ENVOL ?	Oui <input type="checkbox"/> , merci de préciser Non <input type="checkbox"/>	
Pour mieux connaître votre enfant, quel est le comportement de votre enfant : <i>(Timide, sociable, agressif...)</i>	Avec les enfants ?	Avec les adultes ?

Souhaitez-vous nous signaler quelques choses en amont du séjour ? Tous sujets confondus, afin que nous puissions vous accueillir au mieux.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## AUTORISATIONS GENERALES :

Nous, soussigné(e)s

Représentants légaux de l'enfant (Nom prénom) : \_\_\_\_\_

<b>AUTORISONS</b> notre enfant à participer au séjour à L'ENVOL et aux activités prévues (Mini-ferme, Cuisine, Arts créatifs, Journal Télé, Radio, Musique, théâtre ...)	<b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/>
<b>AUTORISONS</b> le personnel médical de L'ENVOL à assurer les soins de routine et à administrer les médicaments habituels et/ou si besoin. L'ENVOL s'engage à informer les familles de tout changement dans l'état de santé de votre enfant.	<b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/>
<b>AUTORISONS</b> en cas d'urgence, l'Association L'ENVOL et les personnes la représentant à pratiquer sur notre enfant toute intervention médicale et/ou chirurgicale nécessaire.	<b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/>
<b>AUTORISONS</b> notre enfant à prendre les transports mis en place par l'association L'ENVOL, afin d'accéder aux différentes activités pendant le séjour.	<b>oui</b> <input type="checkbox"/> <b>non</b> <input type="checkbox"/>

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 2019

**La signature des personnes titulaires de l'autorité parentale est obligatoire.**

Signature (Mère) \_\_\_\_\_ Signature (Père) \_\_\_\_\_

Ou Signature (Autre titulaire de l'autorité parentale) \_\_\_\_\_

## REGLEMENTATION

Notre politique ne prévoit **pas de contact direct entre les enfants et les parents durant le séjour**. Cette politique a pour but de permettre aux enfants de s'installer et s'habituer à leur nouvel environnement.

Pour avoir des nouvelles de votre enfant pendant le séjour, nous mettrons en place un système de communication avec l'équipe de L'ENVOL.

De la même manière, il est strictement interdit de faire entrer sur les séjours des objets dangereux ou pouvant l'être, en dehors de tout matériel médical.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 2019

**La signature des personnes titulaires de l'autorité parentale est obligatoire.**

Signature (Mère) \_\_\_\_\_ Signature (Père) \_\_\_\_\_

Ou Signature (Autre titulaire de l'autorité parentale) \_\_\_\_\_

# AUTORISATION DE TRAITEMENT DE DONNEES ET PHOTOS

Nous, soussigné(e)s (Mère) \_\_\_\_\_ (Père) \_\_\_\_\_

Ou Autre titulaire de l'autorité parentale \_\_\_\_\_

Représentants légaux de(s) l'enfant(s) (Nom/ Prénom) \_\_\_\_\_

## 1 – TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans le dossier d'inscription sont nécessaires pour l'étude de la candidature de votre dossier et font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'équipe médicale et à la personne en charge de la base de données de l'association de l'association L'ENVOL qui en sera le seul destinataire et qui entrera toutes ces informations dans sa base de données.

**RECONNAISSONS** avoir pris connaissance des mesures concernant les informations transmises dans le dossier de candidature de notre famille et autorisons l'association L'ENVOL et les personnes la représentant à utiliser ces données à des fins exclusivement internes dans le cadre du traitement de la candidature de notre dossier.

**AVONS** été informé(e)s de notre droit à communication, rectification, suppression ou d'opposition des informations concernant notre famille.

## 2 – UTILISATION PHOTOS ET VIDÉOS

**AUTORISONS** L'ENVOL, Seriousfun children's network et leurs différents partenaires à filmer et photographier mes enfants et moi-même, cités précédemment et présents au séjour.

Ces images seront susceptibles d'être utilisées dans le cadre de la communication interne/externe de l'association. Cela inclut la réalisation de tous supports (impression de photos, réalisation de vidéos) pouvant être utilisés par les enfants pendant le séjour, ainsi que la création de supports d'informations (brochures, dossiers, site internet...), l'illustration du projet de l'association pendant les réunions d'informations (avec le personnel médical/paramédical, les bénéficiaires, les autres associations, les familles, les partenaires etc...), mais aussi pour la promotion de l'association et la recherche de partenaires (publications de presse...).

L'autorisation écrite des parents est indispensable à cette utilisation. Cette autorisation est valable pendant toute l'année 2019 lors des différents événements organisés par L'ENVOL.

Dans le respect de vos enfants L'ENVOL s'engage à n'en faire aucune exploitation commerciale ni autre usage que celui se rapportant à l'activité de l'association.

Oui  NON

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 2019

**La signature des 2 parents ou de la personne titulaire de l'autorité parentale est obligatoire.**

Signature (Mère) \_\_\_\_\_ Signature (Père) \_\_\_\_\_

Ou Signature (Autre titulaire de l'autorité parentale) \_\_\_\_\_

Les informations recueillies sont nécessaires pour le traitement du dossier médical de votre enfant. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de suppression et de rectification des données vous concernant, ou concernant votre enfant. Pour exercer ce droit, vous pouvez nous écrire à [contact@lenvol.asso.fr](mailto:contact@lenvol.asso.fr). L'ENVOL s'engage à ne pas communiquer vos coordonnées à des tiers.