



## DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOUR FRATRIES

**Cher(s) parent(s),**

Ce dossier d'inscription est spécifique pour le séjour s'adressant à(aux) enfant(s) malade(s) ET à ses frères et aux sœurs, âgés de 6 à 17 ans.

Ce programme se déroulera du lundi 31 octobre au vendredi 4 novembre 2022.

Pendant 5 jours de fun, vos enfants vont se retrouver et partager de bons moments ensemble, et aussi échanger avec d'autres enfants de leur âge, au travers d'activités variées. Ce séjour permet également aux parents d'avoir un temps de répit dans le quotidien.

**A JOINDRE**

Vous devez fournir les documents suivants :

- Ce dossier d'inscription complété et signé,
- Un dossier médical pour le(s) enfant(s) malade(s) (un par enfant), rempli par le médecin référent de l'enfant,
- Un compte-rendu récent d'hospitalisation ou de consultation,
- Une fiche sanitaire de liaison (une pour chaque enfant),
- Les photocopies des vaccinations de chaque enfant,
- La photocopie de l'attestation d'Assurance Responsabilité Civile (en cours de validité),
- La photocopie de l'attestation de Sécurité Sociale (en cours de validité).

**IMPORTANT**

Tout dossier incomplet entraîne le retard de l'inscription.

Remplir ce dossier ne garantit pas l'inscription définitive de votre famille. L'inscription vous sera confirmée par l'équipe de L'ENVOL, après examen et acceptation du dossier.

**POUR ENVOYER VOS DOCUMENTS, POUR TOUTES QUESTIONS**

L'ENVOL – SERVICE MEDICAL

216 AVENUE JEAN JAURES

75019 PARIS

Mme JOBERT Bénédicte

07 62 31 33 44 / 01 81 69 49 72

[familles@lenvol.asso.fr](mailto:familles@lenvol.asso.fr)

**Adresse habituelle des enfants**

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

**PARENTS / PERSONNE TITULAIRE DE L'AUTORITE PARENTALE :**

**Parent 1 :** .....Homme / Femme/Autre : .....

Adresse si différente : .....

Code postal ..... Ville .....

Téléphone portable : ..... Téléphone Domicile : .....

Email : .....

**Parent 2 :** .....Homme / Femme/Autre : .....

Adresse si différente : .....

.....

Téléphone portable : ..... Téléphone Domicile : .....

Email : .....

**Personne titulaire de l'autorité parentale (et coordonnées si différentes des parents) :**

.....

Adresse si différente : .....

.....

Téléphone portable : ..... Téléphone Domicile : .....

Email : .....

**Personne à contacter en cas d'urgence et en cas d'impossibilité à joindre les parents :**

Nom et prénom : .....

Lien de parenté/ de relation : .....

Numéro de téléphone : .....

**ENFANT(s) MALADE(s) participant au séjour**

**Enfant 1 :** .....Garçon/Fille/Autre : .....

Date de naissance : .....

Pathologie de l'enfant : .....

L'enfant connaît-il sa maladie : .....

Médecin et hôpital de référence : .....

Première séparation avec la famille ? OUI/NON

A-t-il déjà fait un séjour avec L'ENVOL ? OUI/NON

**Enfant 2 :** ..... Garçon/Fille/Autre : .....

Date de naissance : .....

Pathologie de l'enfant : .....

L'enfant connaît-il sa maladie : .....

Médecin et hôpital de référence : .....

Première séparation avec la famille ? OUI/NON

A-t-il déjà fait un séjour avec L'ENVOL ? OUI/NON

**FRERES et SŒURS participant au séjour****Enfant 1 :** ..... Garçon/Fille/Autre : .....

Date de naissance : .....

Première séparation avec la famille ? OUI/NON

A-t-il déjà fait un séjour avec L'ENVOL ? OUI/NON

**Enfant 2 :** .....Garçon/Fille/Autre : .....

Date de naissance : .....

Première séparation avec la famille ? OUI/NON

A-t-il déjà fait un séjour avec L'ENVOL ? OUI/NON

**Enfant 3 :** ..... Garçon/Fille/Autre : .....

Date de naissance : .....

Première séparation avec la famille ? OUI/NON

A-t-il déjà fait un séjour avec L'ENVOL ? OUI/NON

**Enfant 4 :** ..... Garçon/Fille/Autre : .....

Date de naissance : .....

Première séparation avec la famille ? OUI/NON

A-t-il déjà fait un séjour avec L'ENVOL ? OUI/NON

NOM du MEDECIN TRAITANT DES ENFANTS : .....

**REGLEMENT**

Notre politique ne prévoit pas de contact direct entre les enfants et les parents pendant toute la durée du séjour. Ce choix a pour but de permettre aux enfants de s'installer et de s'habituer à leur nouvel environnement. Pour avoir des nouvelles de vos enfants, nous mettons en place un système de communication entre vous et l'équipe de L'ENVOL (par téléphone et/ou par internet).

Il est interdit de faire rentrer sur un des séjours de L'ENVOL tout objet dangereux ou pouvant l'être (sauf matériel médical).

Fait à ....., le / / 2022

Signature de(s) personne(s) titulaire(s) de l'autorité parentale

(parent 1) .....

(parent 2) .....

(autre) .....

**AUTORISATIONS**

## ● AUTORISATIONS POUR LE SEJOUR

Le(s) responsable(s) légal(s) des enfants cités page 3 et 4 :

- Autorisent les enfants à participer au séjour Fratries et aux différentes activités prévues, qu'elles aient lieu sur le site du séjour ou l'extérieur,
- Autorisent les transports mis en place par L'ENVOL qui seraient nécessaires pour accéder aux activités, ou au séjour lui-même,
- Autorisent le personnel qualifié de L'ENVOL à assurer les soins de routine et administrer les médicaments habituels sur ordonnance,
- Autorisent le personnel qualifié de L'ENVOL à prendre en cas de situation d'urgence, toutes les mesures nécessaires selon l'état de santé du mineur (contacter un médecin, contacter les services de secours, orienter l'enfant vers une structure hospitalière pour toutes intervention médicale et/ou chirurgicale).

L'ENVOL s'engage à informer la famille le plus rapidement possible de tout changement dans l'état de santé des enfants.

Fait à ....., le / / 2022

Signature de(s) personne(s) titulaire(s) de l'autorité parentale

(parent 1) .....

(parent 2) .....

(autre) .....

### ● TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans ce dossier d'inscription et les divers documents fournis sont nécessaires à l'étude de votre candidature et font l'objet d'un traitement informatique, destiné à l'équipe Médicale et à l'équipe Programme de L'ENVOL. L'ENVOL s'engage à ne pas communiquer vos coordonnées à des tiers. [Plus d'infos sur notre politique de protection des données.](#)

Vous, responsable(s) légal(s) des enfants :

- Reconnaissez avoir pris connaissance des mesures concernant les informations transmises dans ce dossier de candidature,
- Autorisez l'association L'ENVOL et les personnes la représentant à utiliser ces données à des fins exclusivement internes dans le cadre de cette candidature,
- Etes informé(e)s de votre droit d'accéder aux informations qui vous concernent, pour les faire rectifier, modifier, supprimer, pour en demander la portabilité ou pour vous opposer à leur traitement, en écrivant à [contact@lenvol.asso.fr](mailto:contact@lenvol.asso.fr), conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n°UE/2016/679 du 27 avril 2016.

### ● UTILISATION DES PHOTOS ET VIDEOS

Pendant ce séjour, des photos, vidéos et prises de sons peuvent être réalisées. Celles-ci sont susceptibles d'être utilisées dans le cadre de la communication interne et externe de l'association L'ENVOL, de ses partenaires et des médias, sous toute forme et tout support connu et inconnu à ce jour, dans le monde entier, sans limitation de durée, intégralement ou par extrait.

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

Vous avez la possibilité de demander la cessation de l'utilisation, la reproduction, la représentation de ces contenus (image et/ou propos) à L'ENVOL, sous réserve du respect d'un préavis de six mois, en adressant votre décision par lettre recommandée avec accusé de réception à : L'ENVOL, 216 avenue Jean Jaurès, 75019 Paris, France. L'ENVOL procédera au retrait des supports dans la mesure du possible.

Vous, responsable(s) légal(s) des enfants :

- Reconnaissez avoir pris connaissance des mesures concernant les images réalisées à L'ENVOL,
- Autorisez L'ENVOL, ses différents partenaires, ainsi que les médias amenés à réaliser des sujets sur les actions de l'association à photographier et/ou filmer les membres de votre famille dans le cadre du séjour Fratries, et à utiliser, reproduire et diffuser votre image (photos et vidéos) et vos propos (interview, avis, opinion, commentaires, etc.) ou celle/ceux de votre/vos enfants s'ils ont été recueillis (sous forme d'enregistrement sonore, vidéo, papier, etc.)

OUI

NON

Fait à ..... , le / /2022

Signature de(s) personne(s) titulaire(s) de l'autorité parentale :

(parent 1) .....

(parent 2) .....

(autre) .....

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

Date de naissance : / /

Garçon / Fille / Autre : .....

### PRECAUTIONS PARTICULIERES

Votre enfant a-t-il des ALLERGIES • Alimentaires <b>NON</b> <input type="checkbox"/>  • Médicaments <b>NON</b> <input type="checkbox"/>  • Autres (animaux, objets...) <b>NON</b> <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
Votre enfant est-il ASTHMATHIQUE <b>NON</b> <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
Votre enfant a-t'il un régime alimentaire (sans sel, sans viande, sans porc...) <b>NON</b> <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> , lequel ?		

### INFORMATIONS MEDICALES

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Dates des derniers rappels	VACCINATIONS RECOMMANDES	Dates
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diphtérie OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• Tétanos OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• Poliomyélite OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (ou DTP, ou Tétracoq)</li> </ul>	_____ _____ _____	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coqueluche OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• Haemophilus OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• ROR OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• Hépatite B OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• Pneumocoque OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• BCG OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• Autres</li> </ul>	_____ _____ _____ _____ _____
<b>Joindre obligatoirement les photocopies des vaccinations. Si l'enfant n'a pas les vaccinations obligatoires, merci de joindre un certificat de contre-indication à la vaccination.</b>			
Votre enfant a-t' il eut <ul style="list-style-type: none"> <li>• La varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> <li>• La rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></li> </ul>	Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, lesquels _____ _____ <b>Si oui, il faut joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice) le jour de l'arrivée, ainsi que le matériel médical nécessaire.</b>		

## BESOINS SPECIFIQUES

Votre enfant a-t'il des difficultés <ul style="list-style-type: none"> <li>• De mobilité NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> <li>• D'audition NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> <li>• De vue NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> <li>• Pour parler NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> <li>• Pour les tâches de la vie quotidienne (se laver, manger, aller aux toilettes...) NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> <li>• De comportement NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> <li>• Est-il accompagné par une AVS à l'école ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> _____ _____</li> </ul>		
Pour mieux le connaître, votre enfant est plutôt (sociable, timide, anxieux, discret...) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Avec les adultes _____ _____</li> <li>• Avec les enfants _____ _____</li> </ul>		
Poids :	Taille :	Si c'est une fille est-elle réglée NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

## RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

---



---



---

Je soussigné (e),....., responsable légal de l'enfant mineur, déclare exacts les renseignements de cette fiche et je m'engage à les réactualiser dès que possible si changement de la situation.

Fait à ..... Le ..... 2022

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

Signature (parent 1) ..... signature (parent 2) .....

Signature (autre titulaire de l'autorité parentale) .....