



## DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOUR FRERES ET SOEURS

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

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

Pendant 5 jours de fun, ils vont échanger avec d'autres enfants de leur âge, et profiter d'un moment de répit dans leur quotidien d'aidant, au travers d'activités variées.

Ce programme se déroulera du **lundi 7 au vendredi 11 juillet 2025**, à la Rochette (77), en Ile-de-France

**A JOINDRE**

Vous devez fournir les documents suivants :

- Ce dossier d'inscription complété et signé,
- La fiche sanitaire de liaison (une pour chaque enfant qui participe au séjour),
- 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)
- L'attestation du quotient familial CAF.

**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  
88 BOULEVARD DE LA VILLETTE  
75019 PARIS

Mme CAUPIN Roxane ou Mme JOBERT Bénédicte  
07 49 88 23 54 / 07 62 31 33 44

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

**Adresse habituelle de la famille**

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

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

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

Adresse si différente : .....

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

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

Email : .....

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

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)**

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

Date de naissance : .....

Pathologie de l'enfant : .....

Médecin et hôpital de référence : .....

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

Date de naissance : .....

Pathologie de l'enfant : .....

Médecin et hôpital de référence : .....

**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 votre(vos) enfant(s), 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 / / 2025

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 :

- Autorisent le(s) enfant(s) à participer au séjour Frères et sœurs et aux différentes activités prévues, qu'elles aient lieu sur le site du séjour ou l'extérieur. Ils s'engagent à prendre connaissance du planning des activités du séjour, qui leur sera communiqué avant leur venue. Une fois ce planning partagé, ils peuvent notifier par email leur refus de participation à toute activité avec laquelle ils ne seraient pas d'accord.
- 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 toute intervention médicale et/ou chirurgicale).

L'ENVOL s'engage à vous informer de tout changement dans l'état de santé de votre enfant.

Fait à ....., le / / 2025

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

(parent 1) .....

(parent 2) .....

### ● 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, 88 boulevard de la Villette, 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 Frères et sœurs, 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 / /2025

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 : / / Sexe : F / M

### 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"/> , Quels symptômes ? Quel protocole est à faire ?		
Votre enfant a-t'il un régime alimentaire <b>NON</b> <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> , lequel ? (ex : sans sel, halal, sans viande, sans porc, sans lactose, ...)		

### 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"/></li> </ul> (ou DTP, ou Tétracoq)	_____ _____ _____	<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 • La varicelle OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> • La rougeole OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Votre enfant suit-il un traitement médical ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, lequel _____ _____ <b>Si oui, il faut joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boite 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> <b>Aucun médicament ne peut être donné sans l'ordonnance.</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 connaitre, 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 ..... 2025

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

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

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