



## DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOUR ENFANT MALADE

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

Ce dossier d'inscription est spécifique pour les séjours s'adressant à des enfants malades uniquement.

Pendant 5 jours de fun, ils vont rencontrer d'autres jeunes de leur âge et partager de bons moments tous ensemble, au travers d'activités variées. L'encadrement médical (médecin, infirmière(e)s) ainsi que de nombreux bénévoles formés permettent de proposer un cadre sécurisé pour tous.

- ☐ 1- Séjour multipathologies, 6-17 ans, du **lundi 6 au vendredi 10 juillet 2026**
- ☐ 2- Séjour multipathologies, 6-17 ans, du **lundi 20 au vendredi 24 juillet 2026**
- ☐ 3- Séjour multipathologies, 6-17 ans, du **lundi 17 au vendredi 21 août 2026**

L'ensemble de ces séjours se dérouleront à **Châtenay-Malabry (92)**, en Ile-de-France.

**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 > pages 7 et 8) ;
- 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  
07 49 88 23 54  
[relationsfamilles@lenvol.asso.fr](mailto:relationsfamilles@lenvol.asso.fr)

Mme JOBERT Bénédicte  
07 62 31 33 44  
[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 : .....

E-mail : .....

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

Adresse si différente : .....

.....

Téléphone portable : ..... Téléphone domicile : .....

E-mail : .....

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

.....

Adresse si différente : .....

.....

Téléphone portable : ..... Téléphone domicile : .....

E-mail : .....

**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 SEJOUR****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

**Enfant 3 :** ..... 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 4 :** ..... 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****Enfant 1 :** ..... Garçon / Fille / Autre : .....

Date de naissance : .....

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

Date de naissance : .....

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

Date de naissance : .....

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

Date de naissance : .....

## REGLEMENT ET AUTORISATIONS

### 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).

### AUTORISATIONS POUR LE SEJOUR

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

- Autorisez le(s) enfant(s) à participer au séjour multipathologies et aux différentes activités prévues, qu'elles aient lieu sur le site du séjour ou l'extérieur. Vous vous engagez à prendre connaissance du planning des activités du séjour, qui vous sera communiqué avant la venue des enfants. Une fois ce planning partagé, vous pouvez notifier par e-mail votre refus de participation à toute activité avec laquelle vous ne seriez pas d'accord ;
- Autorisez les transports mis en place par L'ENVOL qui seraient nécessaires pour accéder aux activités, ou au séjour lui-même ;
- Autorisez le personnel qualifié de L'ENVOL à assurer les soins de routine et administrer les médicaments habituels sur ordonnance ;
- Autorisez 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 vos enfants.

### TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans ce dossier d'inscription et les divers documents fournis sont nécessaires à l'étude de votre inscription et font l'objet d'un traitement informatique, destiné à l'équipe Médicale et à l'équipe Programmes 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(aux) des enfants :

- Reconnaissez avoir pris connaissance des mesures concernant les informations transmises dans ce dossier d'inscription ;
- Autorisez l'association L'ENVOL et les personnes la représentant à utiliser ces données à des fins exclusivement internes dans le cadre de cette inscription ;
- 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.

**Je, soussigné(e) ..... reconnais avoir pris connaissance du règlement et accepte les conditions énumérées ci-dessus.**

Fait à ....., le / / 2026

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

Parent 1 :

Parent 2 :

Autre :

## AUTORISATION DE CESSION DE DROIT A L'IMAGE DE PERSONNE(S) MINEURE(S)

Pendant ce séjour, des photos, vidéos et prises de sons peuvent être réalisées.

Cette cession emporte autorisation pour **L'ENVOL, ses partenaires et les médias amenés à réaliser des sujets sur les actions de l'association** d'utiliser, réutiliser, éditer, copier, reproduire, adapter et modifier l'image (photos et vidéos) et les propos (interview, avis, opinion, commentaires, etc.) de votre/vos enfants **recueillis au cours de l'année 2026**. Ils sont susceptibles d'être utilisés dans le cadre de communications internes et/ou externes, sous toute forme et tout support connu et inconnu à ce jour, dans le monde entier, sans limitation de durée, intégralement ou par extrait.

La présente cession de droit est consentie à titre gracieux, sans contrepartie pécuniaire, dans le respect de la préservation, de la réputation et de la vie privée du cédant. 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, reproduction, représentation de ces contenus (image et/ou propos) à l'association 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 demandés dans la mesure du possible.

En cochant **OUI**, vous, responsable(s) légal(aux) des enfants, reconnaissez avoir pris connaissance des conditions énumérées ci-dessus et acceptez ces conditions.

Je, soussigné(e) ..... accepte les conditions énumérées ci-dessus :

☐ OUI      ☐ NON

*Merci de préciser le nom et prénom des enfants :*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Fait à ..... , le      /      /2026

**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**

<b>Votre enfant a-t-il des ALLERGIES</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentaires <b>NON</b> <input type="checkbox"/></li> </ul>	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments <b>NON</b> <input type="checkbox"/></li> </ul>	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autres (animaux, objets...) <b>NON</b> <input type="checkbox"/></li> </ul>	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> , à quoi ?	Quelles réactions ?	Quelle est la conduite à tenir ?
<b>Votre enfant est-il ASTHMATIQUE</b> <b>NON</b> <input type="checkbox"/>	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> , à quoi ? Quels symptômes ? Quelle est la conduite à tenir ?		
<b>Votre enfant a-t-il un régime alimentaire</b> <b>NON</b> <input type="checkbox"/>	<b>OUI</b> <input type="checkbox"/> , lequel ? (ex : sans sel, halal, sans viande, sans porc, sans lactose...)		

**INFORMATIONS MEDICALES**

<b>VACCINATIONS OBLIGATOIRES</b> <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>	<b>Dates des derniers rappels</b> _____ _____ _____	<b>VACCINATIONS RECOMMANDEES</b> <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>Dates</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____
<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>			
<b>Votre enfant a-t-il eu</b> <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>	<b>Votre enfant suit-il un traitement médical ?</b> 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

- De mobilité NON ☐ OUI ☐

\_\_\_\_\_

- D'audition NON ☐ OUI ☐

\_\_\_\_\_

- De vue NON ☐ OUI ☐

\_\_\_\_\_

- Pour parler NON ☐ OUI ☐

\_\_\_\_\_

- Pour les tâches de la vie quotidienne (se laver, manger, aller aux toilettes...)  
NON ☐ OUI ☐

\_\_\_\_\_

- De comportement NON ☐ OUI ☐

\_\_\_\_\_

- Est-il accompagné par une AESH à l'école ? NON ☐ OUI ☐

\_\_\_\_\_

Pour mieux le connaître, votre enfant est plutôt (sociable, timide, anxieux, discret...) :

- Avec les adultes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Avec les enfants \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Poids :

Taille :

Si c'est une fille est-elle réglée NON ☐ OUI ☐

## 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 ..... 2026

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

Signature parent 1 ..... Signature parent 2 .....

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