



DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOUR JEUNES ADULTES

Bonjour,

Nous sommes ravis que tu remplisses ce dossier d'inscription pour le séjour Jeunes adultes de L'ENVOL !

Ce séjour, entièrement gratuit, se déroulera **du samedi 23 au lundi 25 mai 2026** (lundi de Pentecôte, donc férié), à Hyères (83). Un transport depuis Paris est organisé par L'ENVOL.

Concernant les médicaments et matériels dont tu as besoin tous les jours, c'est toi qui dois les amener pour toute la durée du week-end. Il n'y aura pas de médecin pendant le séjour, mais l'infirmière-coordinatrice de L'ENVOL, Axelle, sera là pour te donner un coup de main et répondre à tes questions si tu en as besoin.

En tant qu'adulte, tu t'engages à être acteur de ce week-end et responsable avec les autres participants et dans les activités proposées.

Tu dois savoir que :

- Remplir ce dossier ne garantit pas ton inscription. Celle-ci sera confirmée après examen et validation par le service médical de L'ENVOL.
- Tout dossier incomplet entraîne un retard dans son évaluation :
 - Joindre **un compte-rendu récent** (d'hospitalisation ou de consultation) ;
 - Joindre la photocopie des vaccinations du carnet de santé ;
 - Joindre la photocopie de l'attestation de la carte vitale ;
 - Joindre la photocopie de l'attestation de responsabilité civile ;
 - Joindre **le certificat médical** ci-joint (> page 7), rempli par ton médecin.

N'hésite pas à contacter Roxane au 07.49.88.23.54 ou Bénédicte au 07.62.31.33.44 / 01.81.69.49.72 ou par mail à relationsfamilles@lenvol.asso.fr si tu as des questions.

Informations administratives :

Nom/prénom :

Date de Naissance : Sexe : Homme / Femme / Autre

Adresse :

.....
.....

Code postal : Ville :

Téléphone portable : Téléphone domicile :

E-mail :

As-tu déjà fait un séjour avec L'ENVOL ? OUI / NON Année :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

.....

Adresse si différente :

.....

Téléphone portable : Téléphone domicile :

E-mail :

Lien de parenté :

Pour mieux te connaître :

Suis-tu des études ? OUI / NON

Si oui, lesquelles ?.....

As-tu un travail ? OUI / NON

Si oui, lequel ?.....

As-tu déjà fait un séjour Jeunes adultes ?

Si oui, avec quel organisme ?

Quels sont tes loisirs, tes passions ?

.....

.....

Pour mieux te connaître (suite) :

Petite description de toi en quelques mots :

.....

.....

.....

Ce qui te correspond le mieux (plusieurs choix possibles) :

☐ Dynamique ☐ Leader ☐ Fatigable ☐ Sociable**Situation médicale :**

Nom (et stade) de la maladie :

Médecin référent :

Hôpital : Service :

Adresse de l'hôpital :

.....

.....

Téléphone et mail du médecin (ou du service) :

.....

Autre professionnel de santé (médecin traitant, assistante sociale, psychologue...) :

Nom :

Téléphone et e-mail :

Médicaments et posologie : (ou joindre une photocopie récente des ordonnances)

Poids :	Taille :
---------	----------

Médicament 1 :**Médicament 2** :**Médicament 3** :

Précautions particulières :

ALLERGIES <ul style="list-style-type: none"> Alimentaires NON <input type="checkbox"/> 	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ? Quelles réactions ? Quelle est la conduite à tenir ?
<ul style="list-style-type: none"> Médicaments NON <input type="checkbox"/> 	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ? Quelles réactions ? Quelle est la conduite à tenir ?
<ul style="list-style-type: none"> Autres (animaux, objets...) NON <input type="checkbox"/> 	OUI <input type="checkbox"/> , à quoi ? Quelles réactions ? Quelle est la conduite à tenir ?
PROBLEME D'ASTHME NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> Quels symptômes ? Quel protocole est à faire ?
REGIME ALIMENTAIRE NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> , lequel ? (ex : sans sel, sans viande, sans porc, sans lactose...)

As-tu des difficultés

- De mobilité **NON** ☐ **OUI** ☐ _____
- D'audition **NON** ☐ **OUI** ☐ _____
- De vue **NON** ☐ **OUI** ☐ _____
- D'expression **NON** ☐ **OUI** ☐ _____
- Port d'un appareil (auditif, lunettes, respiratoire.) **NON** ☐ **OUI** ☐ _____

Souhaites-tu nous préciser d'autres informations (tous sujets confondus) ?

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui te motive/t'attire dans ce séjour ? Quelles sont tes attentes ?

.....

.....

.....

As-tu des appréhensions ?

.....

.....

.....

REGLEMENT ET AUTORISATIONS

REGLEMENT

Afin que ce séjour soit une expérience positive et enrichissante pour toi, les bénévoles et l'ensemble du personnel de l'association tu t'engages pendant toute la durée de ton séjour à :

- Respecter les règles de sécurité et les règles sanitaires ;
- Être dans une démarche de respect mutuel avec les autres bénéficiaires, bénévoles, prestataires et membres de l'équipe ;
- Ne pas introduire et ne pas consommer ni alcool ni produit illicite ;
- Ne pas introduire d'objets dangereux ;
- Participer aux activités proposées selon les possibilités.

AUTORISATIONS POUR LE SEJOUR

En tant que bénéficiaire du séjour Jeunes adultes, tu :

- Autorises le personnel médical de L'ENVOL à t'accompagner dans tes soins et ta prise de médicaments de routine si besoin ;
- Autorises, en cas de situation d'urgence, à prendre toutes les mesures nécessaires selon ton état de santé (contacter un médecin, contacter les services de secours, orienter vers une structure hospitalière pour toute intervention médicale et/ou chirurgicale).

TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies dans ce dossier d'inscription et les divers documents fournis sont nécessaires à l'étude de ton 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 tes coordonnées à des tiers. [Plus d'infos sur notre politique de protection des données.](#)

En signant cette autorisation :

- Tu reconnais avoir pris connaissance des mesures concernant les informations transmises dans ce dossier d'inscription ;
- Tu autorises l'association L'ENVOL et les personnes la représentant à utiliser ces données à des fins exclusivement internes dans le cadre de cette inscription ;
- Tu es informé(e) de ton 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, 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 :

AUTORISATION DE CESSION DE DROIT A L'IMAGE

Pendant le séjour, des photos et vidéos seront réalisés. 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 ton image (photos et vidéos) et tes propos (interview, avis, opinion, commentaires, etc.) **recueillis au cours de l'année 2026.** Ils sont susceptibles d'être utilisées 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.

Tu as 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 ta 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**, tu reconnais avoir pris connaissance des conditions ci-dessus et les acceptes.

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

☐ OUI ☐ NON

Fait à , le / /2026

Signature :

Certificat Médical

(à remplir par le médecin référent)

Je, soussigné, Dr/Pr _____,

certifie avoir examiné ce jour Mme / Mr /Autre _____

_____ et atteste que :

- Sa pathologie (chronique ou aigüe), son statut immunitaire (lié à la maladie ou à un traitement), et son état psychique sont compatibles avec la vie en collectivité (séjour du 23 au 25 mai 2026),
- Que les vaccins obligatoires sont à jour Oui / Non (si non, préciser la raison _____)
- A déjà eu la varicelle Oui / Non
- Peut participer à des activités en extérieur telles que promenade en bord de mer, escalade ou accrobranche (programme pas encore validé)
Oui / Non / Avec restrictions, précautions : _____
- Peut participer à une activité dans une piscine couverte (programme pas encore validé) Oui / Non / Avec restrictions, précautions : _____

Autre(s) information(s) utile(s) : _____

Date :

Signature et tampon