



## DOSSIER D'INSCRIPTION



Maison Blanche  
Parole de Vie France  
26 rue Sainte Anne  
22100 Quévert



Accueil : Samedi 10 Août 2024  
Départ : Samedi 17 Août 2024

Equipe de direction : Emmanuel SAOUL  
✉ saoulmanu@hotmail.fr  
☎ 06 65 44 07 65

Erwan PELLETIER  
✉ erwan.pltr@gmail.com  
☎ 06 37 57 06 32

### Participant(s)

1 - Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  Gars  Fille  
Né le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

2 - Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  Gars  Fille  
Né le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

3 - Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  Gars  Fille  
Né le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_  
Tel. : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

Adresse (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Responsable légal  PÈRE  MÈRE  TUTEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse email : \_\_\_\_\_ Tél (port.) : \_\_\_\_\_

N° allocataire CAF ou MSA : \_\_\_\_\_ Caisse : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ Caisse : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la mutuelle : \_\_\_\_\_

Eglise fréquentée : \_\_\_\_\_ Pasteur : \_\_\_\_\_

## Engagement

Je m'engage à :

- Respecter les règles de vie du séjour, à faire preuve d'un bon état d'esprit
- Faire preuve d'un comportement et d'un langage sains et respectueux
- Avoir une tenue décente
- Participer aux temps d'activité et aux temps spirituels prévus lors de ce séjour

Signature(s) du/des participant(s) :

## Autorisations

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_, responsable légal de :

- \_\_\_\_\_ ;

- \_\_\_\_\_ ;

- \_\_\_\_\_ ;

- Accepte que des photos/vidéos de mon (mes) enfant(s) prises durant le séjour par un responsable soient utilisées sur divers supports de communication :  OUI  NON
- Autorise les responsables du séjour à faire soigner mon (mes) enfant(s) et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité.

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Lu et approuvé

Signature

### REGLEMENT FINANCIER

Séjour ado

2<sup>ème</sup> ado inscrit (-10%)

3<sup>ème</sup> ado inscrit (-20%)

Total

TARIFS

TARIFS  
PROMOS\*

360 €	340 €	<input type="radio"/>
325 €	305 €	<input type="radio"/>
290 €	270 €	<input type="radio"/>
		-----

\***TARIFS PROMOTIONNELS** si premier versement AVANT LE 31/01/2024 !

> Pour le premier versement uniquement, **veuillez rentrer le code suivant** (selon l'option sélectionnée) :

**BZH20** => si « Paiement étalé (1 ADO) » ou « Paiement complet (1 ADO) »

**BZH40** => si « Paiement étalé (2 ADOS) » ou « Paiement complet (2 ADOS) »

**BZH60** => si « Paiement étalé (3 ADOS) » ou « Paiement complet (3 ADOS) »

> REGLEMENT du séjour via le lien HelloAsso :

<https://www.helloasso.com/associations/bzh-impact/evenements/camp-bzh-impact-2024>

### Conditions de remboursement si annulation :

Avant le 01/06/2024 : remboursement intégral

Avant le 29/06/2024 : remboursement à hauteur de 50 % du tarif

Avant le 27/07/2024 : remboursement à hauteur de 25 % du tarif

Avant le 10/08/2024 : aucun remboursement sauf en cas de force majeure



QR CODE pour plus d'informations (bzhimpact.fr)

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

### DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

SEXE :    M       F  

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

#### 1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

#### 2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids : .....kg ; Taille : .....cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

Suit-il un traitement médical pendant le séjour ?    Oui    Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).  
 Aucun médicament ne pourra être administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES

MÉDICAMENTEUSES

AUTRES (animaux, plantes, pollen) :  
 Précisez : .....

oui    non  
 oui    non  
 oui    non

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser    oui    non

.....

#### 3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

.....

#### 4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

Responsable N°2 : : NOM : ..... PRÉNOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....

TEL PORTABLE : .....

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : .....

.....

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur,

déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si

nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes

mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date : ..... Signature : .....