



18, rue de Trévise
75009 PARIS

☎ 01.47.70.93.93

Fax : 01.47.70.93.99

Mail : infos@velsvoyages.com

BULLETIN D'INSCRIPTION

Séjour à St Michel de Chaillol

Du au 2022



NOM de l'enfant (en capitales) : _____

Joindre 2 photos

PRENOM : _____ Sexe : M F

avec Nom et Prénom

Nationalité : _____

au dos

DATE et LIEU de NAISSANCE: _____

NOM et PRENOM DU PERE : _____

Profession : _____ ☎ _____

NOM et PRENOM DE LA MERE : _____

Profession : _____ ☎ _____

ADRESSE AVEC CODE POSTAL : _____

☎ domicile : _____ ☎ portable _____

E.Mail : _____

Les parents ont-ils la garde conjointe de l'enfant :

oui non

Si non, qui est le responsable de l'enfant : _____

En cas d'urgence, qui contacter : _____ ☎ _____

Numéro S.S. du responsable : _____

Adresse de S.S. _____

Avez-vous une mutuelle : oui non Si oui, laquelle : _____

Carte d'identité n° _____ Délivré le _____ par _____

Passeport n° _____ Délivré le _____ par _____

Expiration le _____ (OBLIGATOIRE : joindre copie de la page avec la photo)

Distractions et Sports favoris : _____

Pratique de tous les sports : oui non sauf : _____

Niveau de Ski :

débutant 1^{er} étoile 2^e étoile
 3^e étoile flèche chamois

Taille : Poids :
Pointure :

℔

℔

℔

Maladies et toutes vaccinations : (remplir fiche sanitaire jointe au dossier)
Régime, consignes médicales ou médicaments à prendre pendant le séjour :

Groupe sanguin et RH s'il est connu : _____

Anomalies ou infirmités : _____

℔

℔

℔

AUTORISATION FAMILIALE :

Je soussigné(e) Nom et prénom : _____

Père Mère Tuteur autorise mon enfant : _____

à participer à ce séjour ainsi qu'aux activités et autorise le Directeur du Groupe à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer, le cas échéant les actes médicaux et chirurgicaux prescrits avec urgence par le médecin.

J'autorise VELS à reproduire les photos (sur lesquelles apparaît mon enfant) réalisées durant le séjour pour l'élaboration des prochaines éditions du catalogue.

oui non

Date : Signature :

℔

℔

℔

Comment avez-vous connu notre organisme : _____

Responsable du traitement : VELS 18 Rue de Trévisse 75009 Paris. Les informations sur ce formulaire sont recueillies pour instruire les demandes d'inscriptions aux séjours de vacances. Elles sont conservées pendant une année à partir de leur collecte. Les informations sont à l'usage exclusif des services de VELS. Elles pourront être transmises aux différents prestataires retenus ainsi qu'aux accompagnateurs des séjours de vacances. Le recueil de ces données est obligatoire. En cas de non-fourniture, l'inscription en séjour de vacances ne sera prise en compte par VELS. Conformément à la loi n°78-17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité et d'effacement de vos données. Vous disposez également du droit de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre mort. Pour exercer ces droits, veuillez-vous adresser à : infos@velsvoyages.com ou envoyer un courrier à RCPD, VELS 18 Rue de Trévisse 75009 Paris Une copie d'un titre d'identité sera à joindre à la demande. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL."

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

VELS

18 rue de Trévis 75 009 PARIS

Tel : 01 47 70 93 93 Fax : 01 47 70 93 99

Mail : infos@velsvoyages.com

OBSERVATIONS

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

Autorisation parentale de prise de vue d'un mineur et d'utilisation de son image

Nous soussignés

Madame

et /ou

Monsieur

demeurant

déclare (nt) être le (s) représentant (s) légal (aux) de l'enfant :

né le

et résidant à

Autorisons VELS à ¹:

- réaliser des photographies de l'enfant mineur
- utiliser les photographies réalisées lors de son séjour en vue de leur publication sur le blog de VELS, consultable uniquement par les parents

Le nom de famille de notre enfant ne sera pas utilisé dans le but d'assurer le respect de sa vie privée.

Nous pouvons à tout moment exercer notre droit de rétractation, pour cela nous devons en informer VELS par écrit.

Refusons que VELS utilise des photographies de notre enfant¹

Fait à

Le

Signature des Représentants Légeaux²

¹ Barrer la mention inutile

² Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »