



18, rue de Trévisé  
75009 PARIS

☎ 01.47.70.93.93

Fax : 01.47.70.93.99

Mail : infos@velsvoyages.com

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Séjour en Croatie

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 : \_\_\_\_\_



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 : \_\_\_\_\_



**Merci de joindre au dossier :  
un brevet de natation**

**copie de la pièce d'identité pour l'autorisation de sortie de territoire  
(+ copie du livret de famille si nom du parent signataire différent de  
celui de l'enfant)**

**/>\ Ne pas oublier une pièce d'identité originale pour le départ /\**

**/>\ Ne pas oublier la carte européenne d'assurance maladie /\**

**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 Trévisé 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](mailto:infos@velsvoyages.com) ou envoyer un courrier à RGPD, VELS 18 Rue de Trévisé 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](mailto: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 <sup>1</sup>:

- 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 enfant<sup>1</sup>

Fait à

Le

Signature des Représentants Légeaux<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Barrer la mention inutile

<sup>2</sup> Faire précéder la signature de la mention « Lu et approuvé »

**AUTORISATION DE SORTIE DU TERRITOIRE (AST)  
 D'UN MINEUR NON ACCOMPAGNÉ PAR UN TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**  
 (article 371-6 du code civil; décret n° 2016-1483 du 2 novembre 2016 relatif à l'autorisation  
 de sortie du territoire d'un mineur non accompagné  
 par un titulaire de l'autorité parentale; arrêté du 13 décembre 2016)

**1. PERSONNE MINEURE AUTORISÉE À SORTIR DU TERRITOIRE FRANÇAIS**

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à (lieu de naissance) : \_\_\_\_\_  
 Pays de naissance : \_\_\_\_\_

**2. TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE, SIGNATAIRE DE L'AUTORISATION**

Nom (figurant sur l'acte de naissance) : \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage (ex. nom d'épouse/d'époux) : \_\_\_\_\_  
 Prénom(s) : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] à (lieu de naissance) : \_\_\_\_\_  
 Pays de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_  
 Qualité au titre de laquelle la personne exerce l'autorité parentale (cocher la case) :  
 Père    Mère    Autre (préciser) : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
                             N°                              (bis, ter)                              Type de voie                              Nom de la voie  
 Code postal : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      Commune : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_  
 Téléphone (recommandé) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Courriel (recommandé) : \_\_\_\_\_

**3. DURÉE DE L'AUTORISATION**

La présente autorisation est valable jusqu'au : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] inclus.  
 Elle ne peut excéder un an à compter de la date de sa signature.  
*Exemple : une autorisation signée le 1<sup>er</sup> septembre ne peut excéder le 31 août de l'année suivante.*

**4. SIGNATURE DU TITULAIRE DE L'AUTORITÉ PARENTALE**

« Je certifie sur l'honneur l'exactitude des présentes déclarations »<sup>(1)</sup> :  
 DATE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]      Signature du titulaire de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et des amendes prévues aux articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

**5. COPIE DU DOCUMENT JUSTIFIANT L'IDENTITÉ DU SIGNATAIRE PRÉSENTÉE À L'APPUI DE L'AUTORISATION <sup>(1)</sup> :**

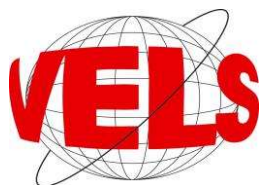
Type de document (cocher la case) :  Carte nationale d'identité    Passeport    Autre  
 (Préciser : \_\_\_\_\_)<sup>(2)</sup>  
 Délivré(e) le : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
 Par (autorité de délivrance) : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> La photocopie du document officiel justifiant de l'identité du signataire doit être lisible et comporter les nom, prénoms, date et lieu de naissance, photographie et signature du titulaire, ainsi que dates de délivrance et de validité du document, autorité de délivrance.

<sup>(2)</sup> Personne de nationalité française : carte nationale d'identité ou passeport, en cours de validité ou périmés depuis moins de 5 ans; Ressortissant de l'Union européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (Islande, Norvège et Liechtenstein) ou de la Suisse : carte nationale d'identité ou passeport, délivrés par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité, ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA), en cours de validité; Ressortissant d'un pays tiers à l'Union européenne : passeport délivré par l'administration compétente de l'État dont le titulaire possède la nationalité ou document de séjour délivré en France (art. L. 311-1 et s. du CESEDA) ou titre d'identité et de voyage pour réfugié(e) ou pour apatride, en cours de validité.

**RAPPEL :** « La présente autorisation n'a pas pour effet de faire échec aux mesures d'opposition à la sortie du territoire (OST) ou d'interdiction de sortie du territoire (IST). Si votre enfant fait l'objet d'une mesure d'interdiction de sortie du territoire sans l'autorisation des deux parents, il doit justifier de l'autorisation prévue à l'article 1180-4 du code de procédure civile. »

# FICHE TROUSSEAU



VELS VOYAGES  
 18 rue de trévis 75009 Paris  
 Tél : 01 47 70 93 93 Fax : 01 47 70 93 99  
 Mail : [infos@velsvoyages.com](mailto:infos@velsvoyages.com)

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

\*Notez également le linge que l'enfant porte sur lui.

\*Indiquez le nombre exact pour chaque rubrique et prévoir du petit linge pour 14 jours.

\* Mettre cette fiche à l'intérieur de la valise.

\* Dans la mesure du possible marquer les vêtements de votre enfant.

	Nombre préconisé	Nombre avant le départ	Nombre à l'arrivée au centre	Nombre à la fin du séjour	Commentaires
Blouson/Vestes	1				
Vêtement de pluie/ <b>K-Way</b>	1				
Pulls ou sweat shirt	2				
Tee-Shirt/Polos	14				
Pyjamas	2				
Jeans/ Pantalons	2				
Pantalons de jogging	2				
Shorts ou bermudas	4				
Slips/Culottes/ Caleçons	14				
Chaussettes	14				
Maillots de bain	2				
Nécessaire de toilette	1 trousse				
Serviettes de bain	1				
Serviettes de toilette	2				
Gants de toilettes	1				
Chaussons / Tongs	1				
Chaussures d'été	1				
Tennis / Baskets	1				
Lunettes de soleil	1				
<b>Casquettes/ Chapeaux</b>	1				
<b>Crème solaire</b>	1				
Sac pour le linge sale	1				
Sac à dos + petit porte monnaie	1				
Mouchoirs	3 paquets				
Masques	30				
<b>MEDICAMENTS</b>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>			

Signature du Participant

Signature de l'animateur