



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 : _____



!/ \ A partir de 2017 l'autorisation de sortie de territoire est rétablie

**!/ **

Merci de joindre à ce dossier :

La photocopie de la pièce d'identité (carte d'identité ou passeport) de votre enfant en son nom et valable (il devra avoir la pièce d'identité sur lui au départ)

Le formulaire d'autorisation de sortie de territoire signé par l'un des parents titulaire de l'autorité parentale

La photocopie du titre d'identité du parent signataire

**!/ \ Merci de joindre également un brevet de natation !/ **

AUTORISATION FAMILIALE :

Je soussigné(e) Nom et prénom : _____

Père Mère Tuteur autorise mon enfant : _____

à participer à ce séjour ainsi qu'au 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 : _____

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 Trévisse 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 »

