

VELS VOYAGES

17 Avenue Arblade

92240 Malakoff

Tél : 01 49 84 00 53

Mail : infos@velsvoyages.com

BULLETIN D'INSCRIPTION

Séjour à BARDONECCHIA - ITALIEDu 21/02 au 28/02 2026

NOM de l'enfant (en capitales) : _____

PRENOM : _____ Sexe : M ☐ F ☐

Nationalité : _____

DATE et LIEU de NAISSANCE : _____

Joindre une photo
avec NOM et Prénom

RESPONSABLES LEGAUX

NOM et PRENOM DU RESPONSABLE 1 : _____

Profession : _____ Tél : _____

NOM et PRENOM DU RESPONSABLE 2 : _____

Profession : _____ Tél : _____

ADRESSE AVEC CODE POSTAL : _____

☎ Domicile : _____ ☎ Portable _____

Email : _____

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

☐ Oui☐ NonSi non, qui est le responsable de l'enfant : ☐ Mère ☐ Père ☐ Responsable légal

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

Numéro S.S. du responsable : _____

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

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

Passport n° _____ Délivré le _____ par _____ Expiration le _____

(OBLIGATOIRE : joindre copie de la page avec la photo)



ACTIVITE SKI

Niveau de Ski :

☐ Débutant

☐ 1^{er} étoile

☐ 2^e étoile

☐ 3^e étoile

☐ Etoile de bronze

☐ Etoile d'or

☐ Flèche

☐ Chamois

Taille :

Poids :

Pointure :

REGIME ALIMENTAIRE



LA VIANDE SERVIE SUR LES CENTRES N'EST PAS HALAL



☐ Sans régime particulier

☐ Sans porc

☐ Sans viande

☐ Végétarien

POUR LES SEJOURS A L'ETRANGER UNIQUEMENT

Pièces à joindre au dossier :

- ☐ La photocopie de la pièce d'identité de l'enfant toujours valide (carte d'identité ou Passeport)
- ☐ Le formulaire d'autorisation de sortie du territoire signé par l'un des responsables légaux
- ☐ La photocopie de la pièce d'identité du parent signataire
- ☐ La photocopie du livret de famille si le nom du parent signataire est différent de celui de l'enfant
- ☐ La carte européenne d'assurance maladie



AUTORISATIONS

- **Actes médicaux :**

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.

- **Droit à l'image :**

J'autorise VELS à reproduire les photos (sur lesquelles apparaît mon enfant) réalisées durant le séjour
pour sa communication.

oui ☐ non ☐

Date :

Signature :

Responsable du traitement : VELS 17 avenue Arblade 92240 Malakoff. 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 RGPD, VELS 17 avenue Arblade 92240 Malakoff. 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."



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

Nous soussignés, Madame et /ou Monsieur _____,
demeurant à/au _____,
déclare. ent 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 enfant

Fait à

Le

Signature des Représentants Légaux²

¹ Barrer la mention inutile

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



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

1 - ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON FILLE

DATES ET LIEU DU SÉJOUR :

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant 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 pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATTE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI NON	OUI NON	OUI NON	OUI NON	

ALLERGIES : ASTHME oui non

ALIMENTAIRES oui non

MÉDICAMENTEUSES oui non

AUTRES.....

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

.....

.....

.....

.....

.....



INDIQUEZ CI-APRÈS :
LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION. OPÉRATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....