

**VELS VOYAGES**

17 Avenue Arblade

92240 Malakoff

Tél : 01 49 84 00 53

Mail : [infos@velsvoyages.com](mailto:infos@velsvoyages.com)

# BULLETIN D'INSCRIPTION

Séjour à ..VALLOIRE.6-.11.ans.....

Du ..3.aôût..... au ....9.aôût..... 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)



**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-fourmiture, 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 RGD, 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 <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

Fait à

Le

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

---

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

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





INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, REÉDUCATION) 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.

.....

.....

.....

.....