

# LES VACANCES CONSTELLÉES

FICHE D'INSCRIPTION AUX VACANCES

3-6 ans / École Gisèle Calmy

6-11 ans / École Léon Dierx

année  semaine(s) choisie(s)

Nom :

Prénom :


Date de naissance :

Nom et prénom des parents ou du représentant légal :

Adresse des parents pendant le séjour :

Nouvelle adhésion ?  oui  non date d'adhésion (mm/aaaa)

(Frais d'adhésion annuel par famille, valable 12 mois à compter du mois d'adhésion : 20 €)

Régime alimentaire ?  

N° Téléphone pour vous joindre lors du séjours

E-mail pour vous envoyer nos informations

N° Allocataire Caf :

**Pièces à fournir lors de la première inscription :**

Pièce d'identité de l'enfant et livret de famille  
Attestation CAF quotient familial à jour  
Attestation d'assurance à jour  
Copie des Vaccins à jour



**L'enfant doit avoir dans son sac :**  
Une bouteille d'eau, une casquette, des chaussures de sport, un tee-shirt usagé pour les activités manuelles.  
Pour les sorties aquatiques : un maillot de bain, une serviette, de la crème solaire.



AUTORISATION PARENTALE

Nous, parents ou responsables légaux de l'enfant  sommes informés que :

Tout accident grave ainsi que toute situation présentant ou ayant présenté des risques graves pour la santé et la sécurité physique et morale des mineurs accueillis doit être signalés sans délais au préfet du département du lieu d'accueil par les personnes organisant l'accueil des mineurs.

Tout accident ou toute maladie survenus pendant l'accueil doivent être signalés sans délai aux représentants légaux du mineur concerné.

Les représentants légaux du mineur hospitalisé sont informés de la sortir prochaine du mineur. Le mineur sortant de l'hôpital ne peut être confié qu'à son représentant légal et aux tierces personnes expressément autorisées par celui-ci.

En cas d'urgence, nous soussignés :

Autorisons la personne responsable de l'accueil à orienter et à faire transporter notre enfant accidenté ou malade, par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté.

Autorisons le médecin à pratiquer tous les soins nécessaires et éventuellement une intervention chirurgicale d'urgence avec anesthésie sur notre enfant.

Autorisons en notre absence, la personne responsable de l'accueil à accompagner notre enfant sortant de l'hôpital

Autorisons la personne responsable de l'accueil à donner à notre enfant les médicaments prescrits par le médecin appelé pendant l'accueil.

Fait le :  
À :  
Nom et signature des  
parents ou responsables  
légaux:

CONSTELLATION  
12 rue Sainte-Marie, 97400 Saint-Denis  
N° SIRET : 75211451200029 / APE : 9003B



# LES VACANCES CONSTELLÉES

AUTORISATION POUR REPRODUIRE  
OU DIFFUSER DES PHOTOS / VIDÉOS

Je soussigné(e)

Nom :

Prénom :

Adresse :

Parent / responsable légal\* de l'enfant :



Donne

Ne donne pas

à Constellation l'autorisation de reproduire et de diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées par Constellation de ma personne ou de celle de mon enfant

Pour les usages exclusifs suivants : communication de Constellation supports vidéos Constellation, illustrations de documents d'information Constellation, illustrations du site Internet Constellation.

Cette autorisation est valable pour une durée de 5 ans à compter de la date de signature du présent document.

Les éventuels commentaires ou légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne devront pas porter atteinte à ma réputation ou à ma vie privée, ou à celle de mon enfant.

Fait le :

À :

Signature :

