

LIVRET DU PARTICIPANT

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Pour les séjours équitation - niveau :

Pour les séjours linguistiques : classe, année d'étude : niveau : faible moyen bon

Pour les séjours sports d'hiver : ski surf débutant moyen confirmé

Séjours déjà effectués avec l'APAS-BTP :

POUR TOUS LES SÉJOURS : se référer à la page catalogue pour connaître toutes les formalités liées au séjour réservé (test de capacité nautique, autorisation à la pratique de la plongée...).

POUR LES SÉJOURS À L'ÉTRANGER ET DANS LES DOM : le participant devra être en possession à minima d'une Carte Nationale d'Identité ou d'un passeport en cours de validité, de la carte européenne d'assurance maladie (pour les séjours en Union Européenne) et d'une autorisation de sortie du territoire (cerfa 15646*). Se référer à la page catalogue pour connaître toutes les formalités liées au séjour réservé. Pour les participants non titulaires de la nationalité française, se renseigner auprès de leur consulat.

AUTORISATION PARENTALE D'UTILISATION DE L'IMAGE D'UN ENFANT MINEUR

INFORMATION OBLIGATOIRE POUR TOUTE INSCRIPTION

CONSENTEMENT ET AUTORISATION NÉCESSAIRES DANS LE CADRE DES SÉJOURS DE VACANCES ET AUTRES PRESTATIONS PROPOSÉES PAR L'APAS-BTP AUX ENFANTS ET JEUNES DE 4 À 17 ANS.

Je soussigné(e)

atteste être détenteur de l'autorité parentale de mon enfant

et autorise l'APAS-BTP et ses partenaires organisateurs, à utiliser les images réalisées par l'APAS-BTP et ses partenaires organisateurs.

Les photographies seront prises soit par l'APAS-BTP, soit par les organisateurs partenaires. La présente autorisation comprend la reproduction, la publication et la diffusion des images (sous leur forme initiale ou après adaptation pour des raisons techniques) sur différents supports (blogs de séjours, sites internet, catalogues, réseaux sociaux, newsletters, affichages promotionnels), pour des communications commerciales et non commerciales, pour le monde entier et pour une durée de 3 ans.

À noter que sans cette autorisation, il n'y aura pas de photos de votre enfant sur le blog du séjour.

La diffusion de l'image du mineur que vous représentez sera réalisée sous l'autorité de l'APAS-BTP.

L'APAS-BTP exercera les droits de diffusion acquis par le présent document et attachés à l'image du mineur. L'APAS-BTP s'interdit expressément de céder les droits à un tiers. Elle s'interdit également de procéder à une exploitation illicite, ou non prévue ci-avant, de l'image du mineur susceptible de porter atteinte à sa dignité, sa réputation ou sa vie privée, ainsi qu'à toute autre exploitation préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur.

La diffusion de l'image du mineur ne pourra donner lieu à aucune rémunération ou contrepartie sous quelle que forme ce soit. Cette acceptation exprime est définitive et exclut toute demande de rémunération ultérieure.

OUI NON

DATE : / /

SIGNATURE : (précédée de la mention lu et approuvé)

.....

Je reconnais avoir pris connaissance des informations concernant le mineur que je représente et donne mon accord pour l'utilisation de son image :

LIVRET DU PARTICIPANT

PHOTO OBLIGATOIRE

Livret du participant et fiche sanitaire à compléter le plus lisiblement possible.

Documents téléchargeables sur notre site rubrique APAS-BTP/télécharger documents.

CADRE RÉSERVÉ À L'APAS-BTP

Centre APAS-BTP ou nom du partenaire :

Nom du séjour :

Dates du séjour : du / / au / /

Numéro de dossier VJ : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Suivi par l'agence : 75 78 91 92 93 94 95

CENTRALE DE RÉSERVATION MONTROUGE

LE PARTICIPANT

Nom :

Prénom : Fille Garçon

Date de naissance : / / Âge le jour du départ : ans

REPRÉSENTANT(E) LÉGAL(E)

(ou Tuteur/trice)

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. représentant(e) légal(e) 1 :

Portable : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Domicile ou pro : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tél. représentant(e) légal(e) 2 :

Portable : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Domicile ou pro : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Situation du/des parents : célibataire en union libre/pacsés/mariés séparés/divorcés veuf/veuve

Numéro de Sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Email pour envoi d'informations :

OBLIGATOIRE. EN CAS DE RESPONSABLES LÉGAUX NON JOIGNABLES, PERSONNE À PRÉVENIR PENDANT LE SÉJOUR : lien de parenté

Nom : Téléphone : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant. Elle vous sera rendue à la fin du séjour.

NOM DU PARTICIPANT :

PRÉNOM DU PARTICIPANT :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Taille : Poids : Pointure :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

DT POLIO, date du dernier rappel

--	--	--	--	--	--	--	--

Joindre **IMPÉRATIVEMENT** la copie de la page DTP du carnet de santé (uniquement celle-ci).

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- SCARLATINE RUBÉOLE VARICELLE OTITE
 OREILLONS ROUGEOLE COQUELUCHE ANGINE
 Autres :

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Médecin traitant :

Ville : Tél.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Votre enfant est-il propre la nuit ? oui occasionnellement non

(merci de prévoir le nécessaire si besoin : alèse + couches)

Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses dentaires ou auditives ? oui non

Si oui, précisez :

RÉGIME

Votre enfant a-t-il un régime particulier ? oui non

- Régime sans porc Régime sans viande Régime végétarien (sans viande/poisson)
 Intolérance alimentaire à :
 Allergie alimentaire à :
 Autre régime :

SANTÉ

Votre enfant a-t-il une allergie (autre qu'alimentaire) ? oui avec traitement oui sans traitement non

Si oui, laquelle et traitement :

.....

.....

Votre enfant a-t-il un problème de santé ? oui non

Votre enfant a-t-il de l'asthme ? oui avec traitement oui sans traitement non

Si oui, lequel :

.....

.....

.....

Votre enfant suit-il un traitement quotidien ou occasionnel ? oui non

Si oui, lequel :

.....

.....

.....

Au départ du séjour, si votre enfant suit un traitement, joindre la photocopie de l'ordonnance et les médicaments prescrits, marqués au nom de l'enfant et dans leurs emballages d'origine. Merci de joindre le protocole individuel s'il est mis en place. **SANS ORDONNANCE, AUCUN TRAITEMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ.**

Votre enfant a-t-il un handicap ou un problème de comportement à prendre en compte pour son accueil ?

oui non

Si oui, lequel :

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e)

Responsable légal(e) 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, transfusions sanguines) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

DATE : / /

SIGNATURE :
(précédée de la mention
lu et approuvé)