

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*1). 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.

Pour nous permettre de vous informer pendant le séjour de votre enfant et de communiquer en ligne sur les réseaux sociaux de l'APAS-BTP, l'APAS-BTP et ses partenaires organisateurs, peuvent être amenés à utiliser une captation d'image de votre enfant pendant son séjour. Vous avez un droit d'accès, effacement, modification à ces images que vous pouvez exercer à l'adresse : contactdonneespersonnelles@apas.asso.fr.

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 expresse 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

Les données collectées par ce questionnaire permettent d'organiser en toute sécurité l'inscription et la participation de votre enfant au séjour. Certaines données de santé sont collectées en exécution d'une obligation légale pour les séjours en collectivités, d'autres sont collectées sur la base de votre consentement. 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

Pour tous, joindre **IMPÉRATIVEMENT** la copie de la page DTP du carnet de santé. Pour les enfants nés après le 1 janvier 2018, joindre **IMPÉRATIVEMENT** les pages avec les vaccins obligatoires (Coqueluche, Haemophilus influenzae b, Hépatite B, Méningocoque C, Pneumocoque, Rougeole, Oreillons, Rubéole).

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

ou pour le mineur de plus de 15 ans

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)