



18, rue de Tréville

75009 PARIS

☎ 01.47.70.93.93

Fax : 01.47.70.93.99

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

## BULLETIN D'INSCRIPTION

Séjour à Mesnières

Du ..... au .....2023

\*\*\*\*\*  
NOM de l'enfant (en capitales) : \_\_\_\_\_

Joindre 2 photos

PRENOM : \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

avec Nom et Prénom

Nationalité : \_\_\_\_\_

au dos

DATE et LIEU de NAISSANCE : \_\_\_\_\_

NOM et PRENOM DU PERE : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

NOM et PRENOM DE LA MERE : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

ADRESSE AVEC CODE POSTAL :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☎ domicile : \_\_\_\_\_ ☎ portable \_\_\_\_\_

E.Mail : \_\_\_\_\_

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

oui

non

Si non, qui est le responsable de l'enfant : \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, qui contacter : \_\_\_\_\_ ☎ \_\_\_\_\_

Numéro S.S. du responsable : \_\_\_\_\_

Adresse de S.S. \_\_\_\_\_

Avez-vous une mutuelle :  oui  non Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

Carte d'identité n° \_\_\_\_\_ Délivré le \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

Expiration le \_\_\_\_\_ ( OBLIGATOIRE : joindre copie de la page avec la photo)

Distractions et Sports favoris : \_\_\_\_\_

Pratique de tous les sports :  oui  non sauf : \_\_\_\_\_



Maladies et toutes vaccinations : (remplir fiche sanitaire jointe au dossier)

Régime, consignes médicales ou médicaments à prendre pendant le séjour :

\_\_\_\_\_

Groupe sanguin et RH s'il est connu : \_\_\_\_\_

Anomalies ou infirmités : \_\_\_\_\_



**AUTORISATION FAMILIALE :**

Je soussigné(e) Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Père  Mère  Tuteur  autorise mon enfant : \_\_\_\_\_

à participer à ce séjour ainsi qu'aux 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.

J'autorise VELS à reproduire les photos (sur lesquelles apparaît mon enfant) réalisées durant le séjour pour l'élaboration des prochaines éditions du catalogue.

oui

non

Date :

Signature :



Comment avez-vous connu notre organisme : \_\_\_\_\_

*Responsable du traitement : VELS 18 Rue de Tréville 75009 Paris. 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](mailto:infos@velsvoyages.com) ou envoyer un courrier à RGPD, VELS 18 Rue de Tréville 75009 Paris 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."*



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM ..... PRÉNOM .....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, ..... responsable légal 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) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

**VELS**

18 rue de Trévis 75 009 PARIS

Tel : 01 47 70 93 93 Fax : 01 47 70 93 99

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

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

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

Nous soussignés

Madame

et /ou

Monsieur

demeurant

déclare (nt) 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<sup>1</sup>

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 »