



33 rue Jean Boyer 60590 Sérifontaine
09 54 56 74 73 / 07 82 47 82 47
contact@venividiludi.fr
www.venividiludi.fr

COMMENT S'INSCRIRE ?

aux colonies apprenantes de Veni Vidi Ludi



LES DOCUMENTS A FOURNIR

Pour que votre enfant ait le meilleur suivi durant son séjour, il est obligatoire de fournir les documents suivants :

► La fiche de renseignements complétée et signée

Cette fiche doit être complétée dans son intégralité et signée. Ces renseignements sont indispensables pour avoir toutes les informations nécessaires sur l'identité de votre enfant, mais aussi sur la ou les personnes exerçant l'autorité parentale. Lorsqu'un parent est seul titulaire de l'autorité parentale, merci de nous fournir une copie du dispositif de jugement de séparation ou de divorce.

► La fiche sanitaire de liaison complétée et signée

Nous attirons particulièrement votre attention sur cette fiche concernant les renseignements médicaux. Elle doit être obligatoirement remplie et signée par le responsable légal de l'enfant. Pensez bien à nous fournir la copie des pages du carnet de santé de votre enfant permettant d'attester qu'il est bien à jour de ses vaccinations.

► L'attestation d'aisance aquatique

Pour pouvoir participer aux activités "baignades", il est obligatoire de faire remplir cette attestation par une personne habilitée (voir le contenu de la fiche) justifiant les tests préalables à la pratique des activités aquatiques et nautiques.

POUR BIEN PREPARER SON SEJOUR

Lorsque votre inscription est validée par l'association Veni Vidi Ludi vous recevrez :

► Un dossier séjour

Un dossier séjour vous sera envoyé par mail avant le départ. Il contiendra : une convocation de départ et de retour; La fiche descriptive du séjour; Une fiche "règlement intérieur du séjour" - trousseau pour vous aider à faire la valise de votre enfant.

APRES LE SEJOUR

Après le séjour vous recevrez :

► Une fiche d'appréciation

Il est précieux et important que nous sachions comment votre enfant a vécu ses vacances à nos côtés. N'hésitez pas à nous faire part de vos avis et remarques par mail à : contact@venividiludi.fr ou sur notre site internet www.venividiludi.fr, en remplissant le formulaire ou simplement par écrit. Cela nous permettra d'améliorer encore la qualité de nos séjours.

2 PHOTOS

(Type photo d'identité)

► La fiche de renseignements

► La fiche sanitaire de liaison

Demandent toutes deux une photo.

Peu importe la photo choisie tant que votre enfant est reconnaissable et que les dimensions de son visage tiennent dans l'encadré de 3,5 x 4,5 cm.

FICHE D'INSCRIPTION



33 rue Jean Boyer 60590 Sérifontaine
09 54 56 74 73 / 07 82 47 82 47
contact@venividiludi.fr
www.venividiludi.fr

► 1- L'ENFANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

NÉ(E) LE :/...../.....

SEXE : ☐ Garçon ☐ Fille

EST-CE SON PREMIER DÉPART EN COLONIE ? ☐ Oui ☐ Non

L'ENFANT VIENDRA-T-IL AVEC UN(E) AMI(E) ? ☐ Oui ☐ Non

SI OUI, INDIQUER SON NOM ET PRÉNOM :

Un partage de chambre est possible pour des enfants de même sexe, avec un écart d'âge correspondant aux groupes formés pour le séjour.

► 2- LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

TITRE : ☐ Monsieur ☐ Madame ☐ Mademoiselle / ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ou Tutrice

NOM : _____

PRÉNOM : _____

ADRESSE :

CODE POSTAL ET VILLE :

TÉLÉPHONE(S) : Domicile/...../...../...../..... Portable/...../...../...../.....

Autres/...../...../...../..... Autres/...../...../...../.....

ADRESSE E-MAIL :

► 3- LE SÉJOUR CHOISI

NOM DU SÉJOUR : Entre terre et mer

☐ Du Lundi 16 Août à 7h30 au Dimanche 22 Août 2021 à 12h30

☐ Du Dimanche 22 Août à 14h au Samedi 28 Août 2021 à 19h

► 4- PRISE EN CHARGE DU SEJOUR

Nos « colonies apprenantes », concernent les enfants âgés de 3 à 15 ans et sont ouvertes à tous.

► **Cependant, les familles dont les enfants sont prioritaires bénéficient d'une prise en charge intégrale.**

Ils s'agit des jeunes :

- ☐ vivant dans des quartiers prioritaires de la politique de la ville ou en zones rurales
- ☐ issus de familles isolées, monoparentales ou aux faibles revenus
- ☐ en situation de handicap
- ☐ dont les parents font partie du personnel indispensable pour gérer la crise sanitaire actuelle
- ☐ n'ayant pas les équipements nécessaires pour suivre un enseignement à distance
- ☐ bénéficiant d'un accompagnant des services de protection de l'enfance

Si vous rentrez dans l'un de ces critères, cochez-le et joignez à ce document un justificatif, nous permettant de l'attester.

► **Si vous ne pouvez pas prétendre à une prise en charge, le prix du séjour de 7 jours est de 480€.**

(Les aides de la Caf et les chèques vacances peuvent être utilisés pour le règlement)

► 5- ENGAGEMENT ET AUTORISATION

JE DEVIENS ADHÉRENT À VENI VIDI LUDI : Je prends connaissance qu'en inscrivant mon enfant à un séjour, je deviens adhérent de l'association Veni Vidi Ludi.

DROIT À L'IMAGE : Durant son séjour, votre enfant est susceptible d'être photographié. Ces photos serviront à illustrer le blog du séjour mais également à illustrer nos brochures, notre site internet... Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit photographié, merci de cocher la case suivante :

☐ **NON**, je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié.

JE SOUSSIGNÉ(E) _____

(responsable légal du participant) atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire l'enfant dont le nom et le prénom figurent ci-contre et l'autorise à participer, sous ma responsabilité, au séjour indiqué.

IMPORTANT : Je déclare avoir pris connaissance des obligations d'admission de mon enfant en centre de vacances relatives à l'article R.227-7 du code de l'action sociale et des familles : "L'admission d'un mineur selon l'une des modalités prévues à l'article R. 227-1 est subordonnée à la production d'un document attestant qu'il a satisfait aux obligations fixées par la législation relative aux vaccinations. Elle est également soumise à la fourniture par les responsables légaux du mineur de renseignements d'ordre médical dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la Santé et du ministre chargé de la Jeunesse. Ce document est adressé à l'organisateur de l'accueil ou à son représentant qui s'assure du respect de la confidentialité des informations."

FAIT À : **LE :**/...../.....

SIGNATURE :

Précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé"



33 rue Jean Boyer 60590 Sérifontaine
09 54 56 74 73 / 07 82 47 82 47
contact@venividiludi.fr
www.venividiludi.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS



33 rue Jean Boyer 60590 Sérifontaine
09 54 56 74 73 / 07 82 47 82 47
contact@venividiludi.fr
www.venividiludi.fr

► 1- L'ENFANT

PHOTO

NOM : |

PRÉNOM : |

ADRESSE :
.....

Séjour : ☐ Du Lundi 16 Août à 7h30 au Dimanche 22 Août 2021 à 12h30
☐ Du Dimanche 22 Août à 14h au Samedi 28 Août 2021 à 19h

► 2- CARTE D'IDENTITÉ OU PASSEPORT DE L'ENFANT

CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ N° : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

PASSEPORT N° : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

NATIONALITÉ : SEXE : ☐ M ☐ F

DATE DE DÉLIVRANCE :/...../..... DATE D'EXPIRATION :/...../.....

DATE DE NAISSANCE :/...../..... LIEU DE NAISSANCE :

Si l'enfant n'en possède pas, vous devez fournir des photocopies du livret de famille et de la carte d'identité ou passeport du représentant légal.

► 3- LA FAMILLE

PÈRE

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :
.....
.....

PROFESSION :

EMAIL :

TELEPHONES :

Domicile :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

MÈRE

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :
.....
.....

PROFESSION :

EMAIL :

TELEPHONES :

Domicile :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

TUTEUR

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE :
.....
.....

PROFESSION :

EMAIL :

TELEPHONES :

Domicile :/...../...../...../.....

Portable :/...../...../...../.....

Travail :/...../...../...../.....

SI LE PARTICIPANT EST CONFIE À UNE INSTITUTION

DÉNOMINATION :

ADRESSE :
.....
.....

EMAIL :

TEL :/...../...../...../..... OU/...../...../...../.....

PERSONNE A CONTACTER :

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM :

ADRESSE :
.....
.....

EMAIL :

TEL :/...../...../...../..... OU/...../...../...../.....

OU/...../...../...../.....

AUTORISATION PARENTALE (à remplir obligatoirement)

Je, soussigné(e), père, mère, tuteur,

1. Autorise mon fils - ma fille /le - la jeune à pratiquer les activités organisées par le centre de vacances.
2. Autorise le responsable du séjour à le (la) faire soigner et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.
3. M'engage à payer la part des frais de séjour restant à ma charge, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'interventions chirurgicales éventuelles ;
4. M'engage, en cas de retour anticipé pour raison d'inadaptation ou de renvoi, à prendre en charge les suppléments dus à un retour individuel, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur.
5. Droit à l'image : Durant son séjour, votre enfant est susceptible d'être photographié. Ces photos serviront à illustrer le blog du séjour mais également à illustrer nos brochures, notre site internet... Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit photographié, merci de cocher la case suivante :

☐ NON, je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié.

Fait à : Le/...../.....

SIGNATURE :

Précédée de la mention manuscrite
"Lu et approuvé"

ATTESTATION D'AISANCE AQUATIQUE



33 rue Jean Boyer 60590 Sérifontaine
09 54 56 74 73 / 07 82 47 82 47
contact@venividiludi.fr
www.venividiludi.fr

Attestation d'aptitude préalable à la pratique d'activités nautiques et aquatiques dans les accueils collectifs de mineurs (Arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R.227-13 du code de l'action sociale et des familles).

Dans le cadre d'accueils collectifs de mineurs en centre de vacances ou centre de loisirs, la pratique des activités listées ci-dessous, est subordonnée à la production d'une attestation d'aptitude. Activités concernées : le canoë, le kayak et activités associées, la descente de canyon, le ski nautique, la nage en eau vive, le radeau et activités de navigation associées, le surf, la voile.

Durant son séjour de vacances, votre enfant sera amené à pratiquer un ou plusieurs sports nautiques. La pratique de cette activité est subordonnée à la réussite du présent test.

ATTESTATION

JE SOUSSIGNÉ(E) (NOM ET PRÉNOM) :

TITULAIRE DU DIPLÔME :

N° :

DATE DE DÉLIVRANCE :/...../.....

Certifie que

NOM ET PRÉNOM :

NÉ(E) LE :/...../.....

DEMAURANT :

A satisfait aux tests préalables à la pratique des activités aquatiques et nautiques en Accueils Collectifs de Mineurs, tels qu'ils sont définis dans l'article 3 de l'arrêté du 25 avril 2012 portant application de l'article R.227-13 du code de l'action sociale et des familles :

- ☐ Effectuer un saut dans l'eau
- ☐ Réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes
- ☐ Réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes
- ☐ Nager sur le ventre pendant 20 mètres
- ☐ Franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant

☐ ÉPREUVE EFFECTUÉE AVEC BRASSIÈRE

☐ ÉPREUVE EFFECTUÉE SANS BRASSIÈRE

FAIT À :

LE :/...../.....

SIGNATURE ET CACHET:

Qui peut attester du test d'aisance aquatique ?

- Une personne titulaire d'une qualification professionnelle dans les disciplines suivantes : canoë-kayak et disciplines associées, nage en eau vive, voile, canyonisme, surf de mer et natation
- Une personne titulaire d'un brevet national de sécurité et de sauvetage aquatique BNSSA

FICHE SANITAIRE DE LIAISON



33 rue Jean Boyer 60590 Sérifontaine
09 54 56 74 73 / 07 82 47 82 47
contact@venividiludi.fr
www.venividiludi.fr

► 1- PREAMBULE

► La fiche sanitaire de liaison permet aux encadrants d'un séjour de disposer d'informations sur l'état de santé de chaque enfant.

Elle les aiguille pour assurer un suivi sanitaire rigoureux. Ce document est aussi présenté aux professionnels de santé, si l'enfant est amené à consulter un médecin au cours de son séjour.

► Ce document est confidentiel.

Seuls le responsable du séjour et la personne en charge du suivi sanitaire des enfants sont autorisés à le lire. S'ils le jugent nécessaire, ils peuvent avertir le personnel d'animation ou le personnel de cuisine de certaines dispositions particulières (ex : une allergie alimentaire).

► A la fin du séjour, la fiche sanitaire de liaison vous sera rendue dans une enveloppe cachetée.

Elle sera visée par le directeur du séjour, ou par un médecin, si l'état de santé de l'enfant a nécessité une consultation dans un cabinet médical.

► Il n'est pas impératif de remplir le tableau des vaccinations.

Car il est obligatoire de fournir une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant ou un certificat du médecin attestant que les vaccinations sont à jour. Ce document devra être fourni en même temps que la fiche sanitaire de liaison.

► Si l'enfant a une allergie ou un régime alimentaire particulier, nous vous recommandons vivement de lister sur la fiche sanitaire de liaison les aliments interdits et les aliments autorisés. Nous pourrions ainsi anticiper les commandes de certains produits spécifiques (régime alimentaire particulier d'ordre médical ou confessionnel).

► 2- RENSEIGNEMENTS

PHOTO

NOM :

PRÉNOM :

SEXE : ☐ M ☐ F

TAILLE :

POIDS :

NÉ(E) LE :/...../.....

CAISSE DE SÉCURITÉ SOCIALE

(dont dépend le responsable de l'enfant)

ADRESSE :

.....

.....

N° D'ASSURÉ SOCIAL :

.....

MUTUELLE OU ASSURANCE

(dont bénéficie le responsable de l'enfant)

☐ OUI ☐ NON

Si oui,

ADRESSE :

.....

.....

N° ADHERENT OU POLICE :

.....

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM :

PRÉNOM :

TELEPHONE :/...../...../...../.....

► 3- A JOINDRE OBLIGATOIREMENT

► PHOTOCOPIE DE LA CARTE VITALE

► PHOTOCOPIE DE LA CARTE DE MUTUELLE OU ASSURANCE

► UNE ATTESTATION A JOUR DE LA CPAM POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU

► PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTÉ : VACCINATIONS A JOUR.

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)
(dont bénéficie le responsable de l'enfant)

☐ OUI ☐ NON

Si oui, joindre obligatoirement une photocopie de l'attestation à jour ainsi qu'une photocopie de l'attestation de la carte vitale.

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****1 – ENFANT**

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

GARÇON ☐ FILLE ☐

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ;
ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	oui ☐ non ☐	

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES _____

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)

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.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON

OCCASIONNELLEMENT

OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON

OUI

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) _____

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

Père : domicile : _____ portable : _____ travail : _____

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) _____

Je soussigné(e), _____ 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. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale : _____

Date :

Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

OBSERVATIONS
