

Scol Voyages – KOLO Vacances  
31 av du Marechal de Lattre de Tassigny  
94440 Villecresnes  
01.56.32.31.00



## DOSSIER INSCRIPTION

Votre enfant est inscrit sur un séjour organisé par Aramis en partenariat avec ScolVoyages (Kolo-vacances).

Vous trouverez ci- après le dossier d’inscription à nous remettre complété.  
Nous demandons également les documents suivants :

- Une copie de la carte vitale ou attestation CMU
- Une copie du carnet de vaccination
- (facultatif) La copie du carnet ESF ou autre école de ski de votre enfant

**Le dossier est à déposer dans votre espace client avant le 15/01/2024**

Les dossiers ne doivent pas être envoyés à ARAMIS. Si vous rencontrez des difficultés avec votre espace client, vous pouvez nous joindre les dossiers par mail à [contact@kolo-vacances.com](mailto:contact@kolo-vacances.com).

Si votre dossier n’est pas complet, vous ne pourrez pas débloquer votre convocation et votre carnet de voyage (entre 1 mois et 15 jours avant le séjour).

Bien cordialement,  
L’équipe Kolo-Vacances

CACHET DU CE



PHOTO

31 Avenue du Maréchal de  
Lattre de Tassigny,  
94440, Villecresnes  
01 56 32 31 00

## 1 - LE SÉJOUR

Séjour choisi : ...Séjour ski Aramis.....

Lieu : .St Sorlin d'Arves .....

Du 18/02 au 25/02/2024

Du 25/02 au 03/03/2024

Transport individuel :  Transport KOLO :

Ville de départ : ..... Ville de retour.....

*Villes au choix parmi : Paris, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Strasbourg, Nantes, Lille, Marseille.*

## 2 - LE PARTICIPANT

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Numéro de sécurité sociale : ...../...../...../...../...../...../...../.....

Téléphone domicile : .....

Mobile mère : ..... Mobile père : .....

email parent 1 : .....

email parent 2 : .....

Personne à contacter en cas d'urgence : .....

Téléphone : .....

Tranche d'âge :  6-10 ans  10-14 ans  14-17 ans

Taille : .....

Poids : .....

Pointure :....

Niveau de ski

débutant

Intermédiaire

Confirmé

Régime alimentaire particulier :  sans porc

sans viande

médical

L'enfant a-t-elle ses règles ?  Oui  Non

L'enfant prend-elle la pilule :  Oui  Non

L'enfant souffre t-il d'énurésie :  Oui  Non

Enfant de plus de 15 ans : est-il autorisé à fumer :  Oui  Non

### 3 - PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS AU RETOUR

Si vous ne pouvez pas venir chercher votre enfant au retour, merci de nous indiquer ci-dessous l'identité de la personne MAJEURE qui prendra en charge votre enfant.

JOINDRE UNE COPIE DE LA CNI

Nom et prénom : .....

Lien de parenté : ..... Téléphone : .....

### 4- DOCUMENTS A JOINDRE

Nous vous remercions de bien vouloir nous transmettre avec ce dossier :

- Une copie de la carte vitale ou attestation CMU
- Une copie du carnet de vaccination
- (facultatif) La copie du carnet ESF ou autre école de ski de votre enfant

### 5- AUTORISATIONS

**Je m'engage :**

- À rembourser la totalité des frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuelles, avancés par KOLO.
- À reprendre mon enfant si son comportement était incompatible avec les règlements à observer en collectivité (discipline et sécurité)
- À accepter que mon enfant soit photographié ou filmé durant les activités du séjour qu'il fréquente et que ces documents soient utilisés, dans un but non lucratif pour des expositions ou dans les journaux. (seuls les participants ou responsables légaux peuvent émettre un avis défavorable qui devra être notifié par courrier avec A/R avant le départ des séjours).

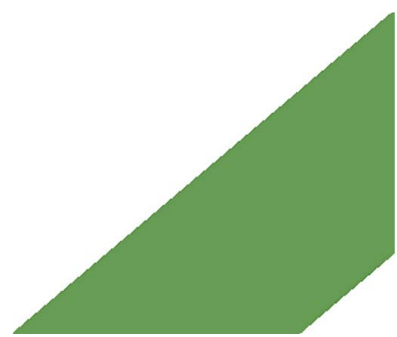
**J'autorise le directeur du centre :**

- A faire transporter mon enfant en cas d'accident à l'hôpital le plus proche.
- A lui faire prodiguer tous les soins médicaux et chirurgicaux éventuellement sous anesthésie locale ou générale et/ou avec transfusion sanguine suivant les prescriptions des médecins

**SIGNATURE PRÉCÉDÉE DE LA MENTION «LU ET APPROUVÉ» :**

À :

LE :





**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

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

**OBSERVATIONS**

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