

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 :

- Un test d'aisance aquatique (test ancien ou récent) - séjour à Oléron uniquement
- Une copie de la carte vitale ou attestation CMU
- Une copie du carnet de vaccination si le tableau de la fiche sanitaire de liaison

(Page 3) n'est pas complété

Le dossier est à déposer dans votre espace client avant le 07/06/2024

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.

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 :

Lieu :

Dates choisies : du au

Transport individuel : Transport KOLO :

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

Suppression du départ à Aix, reporté à Marseille. Villes au choix parmi : Paris, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Grenoble, Strasbourg, Rennes, Nantes, Brest, 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

Les enfants de 10 ans et 14 ans, peuvent être inscrits sur l'une ou l'autre des tranches d'âge.)

L'enfant sait-il nager ? Oui Non

L'enfant sait-il faire du vélo : Oui Non

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

ous vous remercions de bien vouloir nous transmettre avec ce dossier

- Un test d'aisance aquatique (test ancien ou récent)- séjour à Oléron uniquement
- Une copie de la carte vitale ou attestation CMU
- Une copie du carnet de vaccination si le tableau de la fiche sanitaire de liaison (page 3) n'est pas complété

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).

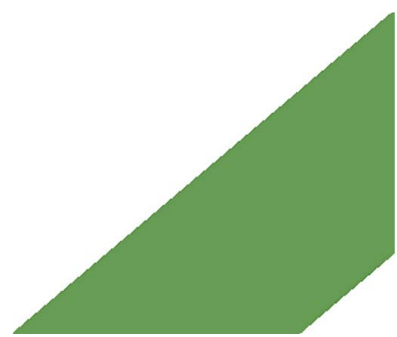
J'autorise le directeur du centre :

- 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

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