

DOCUMENTS À FOURNIR

Afin de finaliser l'inscription, merci de nous transmettre les documents suivants :

- Fiche d'inscription complétée
- Autorisation de droit à l'image
- Photo d'identité
- Attestation de droits à l'assurance maladie
- Fiche sanitaire
- Copie des vaccins
- Attestation d'aisance aquatique ou brevet de nage (25 m ou 50 m)
- Chèque d'acompte de 350 € à l'ordre de « AFE du Parc St-Maur » ou virement
 - Titulaire : AFE du Parc Saint Maur
 - IBAN : FR29 3000 2005 3400 0000 9767 N91
- Pour les familles saint-mauriennes : facture d'électricité **postérieure** au 11 juin 2026

Modalités d'envoi

Dans la mesure du possible, merci de **transmettre les documents par voie numérique**.

Seuls les éléments suivants doivent être absolument remis en version papier :

- la photo d'identité
- le chèque

Ces documents sont à placer dans une enveloppe portant la mention :

AFE du Parc de Saint-Maur – Petit Villard été 2025
11 avenue Joffre
94100 Saint-Maur-des-Fossés

Merci de nous prévenir une fois l'enveloppe déposée, afin que nous puissions la récupérer au secrétariat.

En cas de virement, merci également de nous prévenir une fois celui-ci effectué.



ASSOCIATION FAMILIALE ET EDUCATIVE
DU PARC SAINT-MAUR

FICHE D'INSCRIPTION DÉFINITIVE

Informations concernant l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Formule choisie

Merci d'indiquer la formule retenue :

- FORMULE 1** à 650€ : cadets - benjamins (du CP au CM2) : du lundi 6 au vendredi 17 juillet 2026
- FORMULE 2** à 900€ : cadets - benjamins - pré-ados (du CP à la 4ème) : du lundi 6 au vendredi 24 juillet 2026 (sous tente pour les collégiens)
- FORMULE 3** à 900€ : ados (de la 3ème à la 1ère) : du samedi 4 au vendredi 24 juillet 2026 (sous tente)

(-15% pour le deuxième enfant et -20% pour le troisième)

Coordonnées d'un responsable légal

Nom et prénom : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Je soussigné(e), _____

père, mère, tuteur* de _____

l'inscris mon enfant au **Centre de vacances de l'AFE – Petit Villard.**

*(*Rayer la mention inutile)*

Fait à : _____ Le : _____

Signature :



ASSOCIATION FAMILIALE ET EDUCATIVE
DU PARC SAINT-MAUR



ASSOCIATION FAMILIALE ET EDUCATIVE
DU PARC SAINT-MAUR

Colonie de vacances de PETIT-VILLARD

Autorisation de photographier ou filmer

Je soussigné madame, monsieur*,
père, mère, tuteur légal* de nom, prénom de
l'enfant,

donne l'autorisation

autorise

n'autorise pas

l'utilisation des photographies ou vidéos de mon enfant prises dans le cadre du séjour pour diffusion sur sites web de la paroisse et du diocèse du Val-de-Marne (94), sur les réseaux sociaux et toutes expositions dans le cadre des activités de l'AFE.

Les images ne pourront en aucun cas être dénaturées ni détournées de leur contexte et la légende ne pourra porter atteinte à la vie privée ou à la réputation de la personne.

En aucun cas, l'association ne cèdera les images à des tiers sans autre autorisation préalable.

Date :

Signature :

(*rayer la mention inutile)



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

DOCUMENT CONFIDENTIEL

Joindre obligatoirement la copie du carnet de vaccination

NOM DU MINEUR :

PRENOM :

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

SEXE : M F

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles concernant votre enfant (l'arrêté du 20 février 2003 relatif au suivi sanitaire des mineurs en séjour de vacances ou en accueil de loisirs).

1-VACCINATION (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

VACCINATIONS OBLIGATOIRES	Oui	Non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Coqueluche	
Tétanos				Haemophilus	
Poliomyélite				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
				Hépatite B	
				Pneumocoque	
				BCG	
				Autres (préciser)	

SI LE MINEUR N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION.

2-RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR

Poids :kg ; Taille :cm (informations nécessaires en cas d'urgence)

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 administré sans ordonnance.

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui non
MEDICAMENTEUSES oui non
AUTRES (animaux, plantes, pollen) : oui non
Précisez

Si oui, joindre un **certificat médical** précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

Le mineur présente-t-il un problème de santé, si oui préciser oui non
.....
.....
.....

3-RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Port des lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire ou auditif, comportement de l'enfant, difficultés de sommeil, énurésie nocturne, etc...

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

4-RESPONSABLES DU MINEUR

Responsable N°1 : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

Responsable N°2 : : NOM : PRÉNOM :
ADRESSE :

TEL DOMICILE TEL TRAVAIL.....
TEL PORTABLE :

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT :

Je soussigné(e)....., responsable légal du mineur, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et m'engage à les réactualiser si nécessaire. J'autorise le responsable de l'accueil de loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires selon l'état de santé de ce mineur.

Date :

Signature :