



EVASION CMB

Association loi 1901 – N° agrément 075960018

Madame, Monsieur,

Afin d'enregistrer votre demande d'inscription pour votre(vos) enfant(s) pour le séjour à Peresol (Espagne), merci de nous faire parvenir les documents suivants :

- La fiche d'inscription avec photo d'identité,
- La fiche sanitaire verso dûment remplie et signée en indiquant clairement s'il y a des traitements de longue durée ou des pathologies particulières,
- L'autorisation de sortie du territoire avec copie de la carte d'identité du parent ou représentant légal autorisant la sortie,
- Les copies de :
 - la carte d'identité de l'enfant,
 - la carte européenne d'assurance maladie de l'enfant
 - l'attestation d'aisance aquatique (attestation sans limite de validité délivrée soit par l'établissement scolaire, soit par un maître-nageur en piscine). Possibilité de fournir cette attestation ultérieurement mais avant le départ)
- un **certificat de scolarité** et la fiche du CD31 complétée et signée (**documents obligatoires pour obtenir les aides si vous y avez droit**)

✂ Le jour du départ, votre enfant devra être **obligatoirement** fournir l'original de :

- sa carte européenne d'assurance maladie à **son nom** en cours de validité (à demander à la sécurité sociale ou sur le compte www.ameli.fr).
- sa carte nationale d'identité ou son passeport en cours de validité.

Pour tout traitement à suivre par l'enfant durant le séjour, une ordonnance médicale signée par les parents devra être remise au Directeur ou l'animateur responsable.

En vous remerciant de votre confiance, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos sincères salutations.

Le secrétariat
EVASION ACLEF-CMB



FICHE INSCRIPTION ÉTÉ 2026
PARTICULIER 8/17 ans

Photo
Obligatoire

A envoyer par mail à fedevasion31@gmail.com ou par courrier

Un acompte de 300 euros est demandé pour garantir la réservation.

Dates : du mardi 07 au mardi 21 juillet 2026 du mardi 04 au mardi 18 août 2026
Cochez le séjour choisi

L'ENFANT :

NOM : Prénom :

Né(e) le : F/G : Fille Garçon

IMPORTANT pour l'activité KARTING ! Indiquer la taille en cm de votre enfant :

LE RESPONSABLE :

NOM : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de Portable : N° de Tél. bureau :

Email :

POUR OBTENIR LES AIDES

N° CAF :

N° Sécurité Sociale :

.....

EN CAS D'ACCIDENT PREVENIR : (Nom et numéro de téléphone)

.....

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE FAMILIALE DE L'ENFANT :

Nom de la compagnie : N° de police d'assurance :

AUTORISATION DES PARENTS :

Je soussigné Père, mère, responsable légal (1)

- autorise le directeur du séjour à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du médecin. Je reconnais à l'organisation le droit de reconduire mon enfant à mon domicile, à mes frais en cas de faute grave. Je m'engage à payer les frais de séjours, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opérations éventuelles, ainsi que, si nécessaire, les frais de retour et de convoyage en cas d'exclusion.

- autorise mon enfant à participer aux activités du séjour.

- autorise l'utilisation de l'image de mon enfant : OUI NON
(pour suivre le séjour de votre enfant, photos sur notre site à usage exclusif de l'Info Parents avec mot de passe)

- reconnais avoir pris connaissance des CGV d'Evasion ACLEF-CMB (cf. www.aclef31.fr) et déclare les accepter .

Fait à

Signature (Ajouter la mention « lu et approuvé ») :

Le

(1) rayer les mentions inutiles.

EVASION CMB

19 boulevard Silvio Trentin - 31200 TOULOUSE
Tél. 06 46 79 43 62 – Email : fedevasion31@gmail.com – Site : www.aclef31.fr



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

SÉJOUR ÉTÉ 2026

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
GARÇON FILLE

1 – VACCINATIONS (carnet de santé ou certificats de vaccinations de l'enfant) photocopies possibles

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

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou 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.**

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

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

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

PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR :

.....
.....

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui non (joindre le protocole et toutes informations utiles)

INDIQUEZ CI-APRÈS LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui non

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location : oui non

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

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

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT

(FACULTATIF).....

Je soussigné(e),responsable légal(e) de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

A remplir uniquement si votre quotient familial est inférieur à 800



DEMANDE DE BOURSE «VACANCES EN COLO» 2026
RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE JEUNE OU L'ENFANT

ENFANT

Nom _____ Prénom _____
Date de naissance _____ Lieu de naissance _____
Nationalité _____ Age _____
Fille Garçon

Votre enfant est-il parti en séjour en 2026 : oui non
Si oui : A quelle période : _____ à _____
Avec quel organisateur ? _____
A-t-il eu des bourses Action Vacances (27,2 €/jour) ? oui non Si oui combien ? _____ €

PARENT OU REONSABLE

Père – Nom _____ Prénom _____
Mère – Nom _____ Prénom _____
Responsable – Nom _____ Prénom _____
Adresse complète _____
Tel personnel _____
Eventuellement l'identité de l'organisme qui a suivi le dossier (maison de Solidarité, CAF, MSA, CCAS,...) : _____
Profession du père _____ Entreprise _____
Profession de la mère _____ Entreprise _____
Adresse de la CAF ou MSA : _____
N° d'allocataire : _____

Joindre obligatoirement les photocopies :

- du dernier justificatif CAF ou MSA 2026 (de préférence la Carte Vacances Loisirs) ou du dernier avis d'imposition 2025 (Recto/Verso)
- du certificat de scolarité (de l'année scolaire 2025-2026 durant laquelle a lieu le séjour)

Si votre situation familiale ou économique a changé merci de nous l'indiquer et de fournir les documents l'attestant.

ETABLISSEMENT SCOLAIRE _____
Adresse _____
Classe suivie _____

ETABLISSEMENT SPECIALISE – Nom _____
Adresse _____
Association gestionnaire _____

ASSOCIATION EVASION CMB Séjour : **PERESOL Activités en Espagne**
Du..... Au.....

DATE _____ Signature de la famille

Les sommes allouées au titre des BOURSES « Vacances en Colos » sont fonction des ressources disponibles.

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par le CD JPA 31 pour l'instruction des dossiers et le traitement des bourses. Elles sont conservées pendant 5 ans et sont destinées à La JPA 31 et au Conseil Départemental 31. Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en contactant : La JPA 31-4 cheminement Jean-François LESUEUR_31100 TOULOUSE. Tél. : 06 69 98 48 9

