

DOSSIER D'INSCRIPTION

SÉJOURS DE
VACANCES
ÉCORESPONSABLES
ET CITOYENS

PRINTEMPS 2025



A1. FICHE DE RENSEIGNEMENT

Qui dit séjour, dit informations pratiques !

Nom et prénom du jeune :

Photo



Date de naissance :



Genre :

Est-ce son premier séjour ? :

Oui
Non

Vient-il/elle avec un.e ami.e ?

Oui
Non

Si oui, merci d'indiquer son nom et prénom

.....
.....

Le jeune bénéficie-t-il/elle de la Couverture Maladie Universelle

Si, oui merci de joindre une copie de l'attestation

Oui
Non

Adresse du jeune



Chez M. et/ou Mme :



Mail :



Tel :

Adresse :

Code postal :

Ville:

Contact à privilégier pour l'inscription et le suivi

Merci d'indiquer les coordonnées de la personne à joindre pour tout renseignement ou en cas de besoin durant le séjour.

Nom et prénom :

Lien avec le jeune :



Mail :



Tel :

Autre contact en cas d'urgence (optionnel) : (Nom, téléphone, e-mail)

.....

A2. FICHE PAIEMENT

Qui dit séjour, dit règlement !

L'intégralité du paiement doit être fait avec le séjour toutefois afin de vous aider, nous pouvons prévoir des échéanciers pour vous faciliter la vie

Un acompte de 10% est obligatoire pour confirmer l'inscription

Identification

Madame Monsieur Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville:

 Mail :  Tel :

Choix du séjours et tarifs

	Tarif (particulier)	Tarif (association/entreprise)
<input type="checkbox"/> Séjour du 7 au 11 avril 2025 (5 jours)	450 €	500€
<input type="checkbox"/> Séjour du 14 au 18 avril 2025 (5 jours)	450 €	550 €

Éléments	Montant (€)
Séjour choisi	
Transport Rennes (optionnel, +10 €)	
Adhésion à Ekölo (optionnelle, 15 €)	
Don libre (optionnel)	
Total à régler	
Acompte déjà versé (10%):	
Reste à payer :	

A2. FICHE PAIEMENT (BIS)

Modalités de paiement

Veillez cocher le mode de règlement choisi et indiquer les montants. Joindre les documents nécessaires si applicable

Vous nous faites parvenir l'intégralité du paiement mais c'est vous qui nous dites comment et quand encaisser les différents montants

	Montant (€)
Chèque (Joindre un ou plusieurs chèques. Inscrire au dos le mois d'encaissement si échelonné.)	
Virement bancaire (IBAN : FR76 3004 7141 0400 0221 3880 186 – BIC : CMCIFRPP)	
Paiement en ligne via HelloAsso (lien fourni sur notre site internet)	
Chèques vacances (ANCV)	
Aide CAF (VACAF et/ou pass colo) Indiquer le numéro allocataire :	

Votre inscription bénéficie-t-elle du programme Colos Apprenantes ?

Oui

Non

Si oui :

Merci de prendre contact avec notre équipe à contact@ekolo.bio ou par téléphone au 06 03 18 77 77 pour finaliser les démarches administratives liées à la subvention.

Veillez également fournir les justificatifs nécessaires, tels que l'attestation d'éligibilité ou les documents transmis par votre CAF.

A3. FICHE EXPLICATIVE

Qui dit séjour, dit informations juridiques !

Droit à l'image

Il est envisagé au cours du séjour que des photographies ou des vidéos soient prises. Nous avons donc besoin de votre accord pour leur éventuelle diffusion. Consentez-vous donc à la diffusion des images :



Sur le blog dédié au séjour (non public)?

Oui

Non



Sur le site internet d'Ekölo ?

Oui

Non



Sur les réseaux sociaux numériques d'Ekölo ?

Oui

Non

Conditions générales d'inscription

Validation de l'inscription

Pour que l'inscription soit validée, le dossier complet doit être envoyé à Ekölo. Voici les documents nécessaires :

Fiche d'inscription (A1) .

Fiche de règlement (A2) avec l'acompte (10 % du montant total).

Fiche explicative (A3) signée par le responsable légal.

Fiche sanitaire de liaison avec une photocopie du carnet de vaccination à jour.

Justificatifs spécifiques pour les Colos Apprenantes (si applicable) : attestation d'éligibilité ou document transmis par votre CAF.

Modalités d'envoi

Par e-mail : Envoyez les documents scannés à contact@ekolo.bio.

Par courrier : Envoyez le dossier papier à l'adresse suivante :

Ekölo

5 Avenue Jules Ferry

35700 Rennes.

Conditions générales de vente

Ekölo s'est doté de conditions générales d'utilisation. Vous pouvez les retrouver sur notre site internet. Les conditions générales d'utilisation doivent être consenties avant tout départ d'enfant en séjour

Acceptez-vous les conditions générales d'utilisation ?

Oui

Non

Connaissances d'Ekölo

Oui-dire, bouche-à-oreille

Votre entourage

La presse écrite

La radio

Internet

Flyers

Autres :

Signature

À

LE

Coordonnées d'ekölo



www.ekolo.bio



contact@ekolo.bio



06 03 18 77 77



Ekölo
5 avenue Jules Ferry
35700 Rennes



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
MÉDICAMENTEUSES 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 :