



DOSSIER D'INSCRIPTION

Séjour immersif & Detox numérique / Enfants de 11 à 17 ans / du 12 au 17 avril 2026

Liste des pièces à joindre à ce dossier :

- Fiche sanitaire de liaison **complétée** et **signée**
- Virement ou chèque bancaire à l'ordre "Chloé Michel E.I." de 50% du coût du séjour, soit 375€.

IBAN : FR76 1027 8021 1900 0206 6080 211

BIC : CMCIFR2A

IDENTITÉ DE L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

GENRE :

INFORMATIONS DIVERSES

EST-CE UN PREMIER DÉPART EN COLONIE DE VACANCES ? OUI NON

VOTRE ENFANT PARTICIPE-T-IL AU SÉJOUR AVEC FRERE, SOEUR, COUSIN.E OU AMI.E ? OUI NON

COMMENT AVEZ-VOUS CONNU NOTRE SÉJOUR LINGUISTIQUE ?

SITE WEB PRESSE PAPIER RÉSEAUX SOCIAUX ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE AUTRE:

IDENTITÉ DU / DE LA RESPONSABLE LÉGAL(E)

NOM :

PRÉNOM :

ADRESSE POSTALE :

CODE POSTAL :

VILLE :

TELEPHONE 1 :

TELEPHONE 2 :

ADRESSE EMAIL :

DATE ET SIGNATURE :

Chloé Michel E.I. / 8 rue Abbé Aynard / 14170 Saint Pierre en Auge

06 50 40 31 91

chloemichel@mailo.com

enjoy-sejourslinguistiques.com



DOSSIER D'INSCRIPTION

Séjour immersif & Detox numérique / Enfants de 11 à 17 ans / du 12 au 17 avril 2026

Valeurs de l'entreprise :

Co-construction des séjours avec les jeunes

Sensibilisation aux valeurs universelles de paix, de solidarité, d'inclusion et d'ouverture

Partage des connaissances entre plusieurs générations

Respect de l'environnement et des autres

Important :

Ce séjour vise à encourager l'apprentissage de l'anglais en proposant une **immersion totale dans la langue anglaise** : cela signifie qu'aucune autre langue ne peut être parlée par les participants. Tous les outils sont donnés par l'équipe pédagogique pour que chacun parvienne rapidement à cet objectif exigeant.

Ce séjour est aussi une **detox numérique**. Cela signifie qu'aucun objet connecté ou téléphone portable personnel n'est autorisé pendant le séjour.

Les jeunes peuvent vous contacter, et inversement, vous pouvez appeler le téléphone disponible sur site, à tout moment et à la fréquence souhaitée (dans la limite du raisonnable et de la disponibilité du directeur du séjour).

L'utilisation ou la présence d'un téléphone ou objet connecté personnel est un motif d'exclusion du séjour.

L'utilisation d'une autre langue que l'anglais est également un motif d'exclusion du séjour.

Après l'inscription, le **projet pédagogique** vous sera communiqué, ainsi que la **liste du matériel à emporter**, les **adresse et horaire** exacts de rendez-vous, et le **numéro de téléphone** du directeur.

Le projet pédagogique est le document officiel encadrant les actions de l'équipe pédagogique pendant toute la durée du séjour de votre enfant. Il est mis à jour à chaque séjour afin de s'adapter aux besoins de chaque enfant et des membres de l'équipe.

DATE ET SIGNATURE :

Chloé Michel E.I. / 8 rue Abbé Aynard / 14170 Saint Pierre en Auge

06 50 40 31 91

chloemichel@mailo.com

enjoy-sejourslinguistiques.com



DOSSIER D'INSCRIPTION

Séjour immersif & Detox numérique / Enfants de 11 à 17 ans / du 12 au 17 avril 2026

Autorisations :

Droit à l'image

Transport en cas de nécessité

Soins médicaux en cas de nécessité

Je, soussigné(e)

responsable légal.e de l'enfant

né(e) le

autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) **les prises de vues** : photos, vidéos, destinées à être publiées sur des supports de communication (journaux papier ou télévisés, réseaux sociaux, site web de l'entreprise Chloé Michel E.I. ...);

autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) **le transport** en voiture de mon enfant en cas de nécessité ou d'urgence (médecin, hôpital);

autorise / n'autorise pas (rayer la mention inutile) **la réalisation de soins** médicaux par un professionnel de santé en cas de nécessité ou d'urgence;

pendant la durée du Séjour immersif & Detox numérique organisé par l'entreprise Chloé Michel E.I du 12 au 17 avril 2026.

Date

Signature du / de la responsable légal.e

Chloé Michel E.I. / 8 rue Abbé Aynard / 14170 Saint Pierre en Auge

06 50 40 31 91

chloemichel@mailo.com

enjoy-sejourslinguistiques.com



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 :