

A RENSEIGNER TRES PRECISEMENT POUR LA SANTE ET LA SECURITE DE VOTRE ENFANT

A RENVoyer A :

ODEL – Service inscriptions, 9 rue d'Antrechaus – 83000 TOULON – Tél : 04 94 925 985

**1 - L'ENFANT :**

NOM : MINERBE SALE PRENOM : LOU ANN Né (e) le 03/03/09 Sexe (F) M (1)  
Taille : 1m58 Poids : 39 Nom du séjour : MOUNTAIN ADVENTURES  
Destination : Vau les Ours Alpes hautes 05 Dates : Du : 28/07/23 Au : 28/07/23



**2 - PERSONNES RESPONSABLES DE L'ENFANT : PERE – MERE – TUTEUR (1)**

Renseignements	Père	Mère	Tuteur
Nom :	MINERBE	SALÉ	
Prénom :	Matthieu	Olivia	
Adresse :	Les Romains 285 av. de la pinède 83700 Saint Raphaël	//	
Téléphone domicile :			
Téléphone travail :			
Portable :	0781588886	0651896536	
Email :	matthieu.minerbe@gmail.com	olivia.sale83@gmail.com	
Profession :	préventionniste	vendeuse	
Situation parentale : (marié, divorcé...)			

• Adresse de l'enfant : Les Romains 285 av. de la pinède 83700 Saint Raphaël

**3 - OBLIGATOIRE - CONTACT TELEPHONIQUE EN CAS D'URGENCE PENDANT LE SEJOUR :**

Parents séparés : OUI – NON (1). Si oui, qui a la charge de l'enfant ? (joindre la copie du jugement statuant sur la garde de l'enfant) :

L'autre parent est-il autorisé à voir l'enfant : OUI – NON (1) Est-il autorisé à le prendre pour la journée : OUI – NON (1)

EN CAS DE REPONSE NEGATIVE, JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA COPIE DU JUGEMENT.

**4 - ATTESTATION ET AUTORISATION PARENTALE**

- Je (nous) certifie (ons) exacts les renseignements portés sur cette fiche, avoir pris connaissance du projet éducatif de l'Odel, autorise (ons) mon (notre) enfant :

NOM : MINERBE SALE PRENOM : LOU ANN

à participer, sauf contre indication ultérieure écrite de ma (notre) part, à toutes les activités du séjour auquel il est inscrit et détaillées dans la brochure ou sur le site internet Odel.

- Je (nous) m'(nous) engage (ons) à régler les frais occasionnés par l'état de santé de mon (notre) enfant, ainsi que ceux relatifs à un éventuel cas de renvoi, tels que définis dans les conditions particulières qui m'ont été remises.

- Je soussigné (e), Mme Sale atteste avoir pris connaissance et accepte les conditions générales et particulières de vente figurant sur la brochure en ma possession ou sur le site internet de l'Odel, ainsi que les conditions de garanties des assurances.

A Saint Raphaël

LE 9/3/2023

(mention manuscrite) « Lu et Approuvé »

**SIGNATURE OBLIGATOIRE DES PARENTS (2)**

Père

Mère

*[Signature of Father]*  
Lu et approuvé

*[Signature of Mother]*  
Lu et approuvé

(1) Rayer la mention inutile

(2) La signature des deux parents est obligatoire dans le cas d'une séparation avec autorité parentale partagée

**5 - Personnes autorisées à prendre l'enfant en dehors de vous-même pendant le séjour, à votre demande ou à la demande de l'Odel (maladie, inadaptation ou renvoi), ou au retour de votre enfant à la date de fin de séjour. Ces personnes devront être munies de leur pièce d'identité et d'une autorisation nominative dûment signée par le responsable légal de l'enfant.**

**IMPORTANT - Dispositif Odel :** Dans un souci de sécurité, le jour de retour de vos enfants, il est demandé au responsable légal ou à la personne désignée par la famille qui vient chercher l'enfant de bien vouloir présenter une pièce d'identité.

NOM	PRENOM	QUALITE	TELEPHONE
SALE	Sylvie	Grand Mère	06 63 67 49 56

## 6 - ASSURANCES

• Responsabilité Civile : OUI - NON(1)

Nom de la compagnie d'assurance : MACIF

Adresse : CS 5000, 79079 UVERT.

N° de Contrat : 17434795

Période de validité : 2022 | 2023

• Assurance dommages corporels (article L.227-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles) : OUI - NON(1)

Nom de la compagnie d'assurance : MACIF

Adresse :

N° de Contrat : 17434795

Période de validité : 2022 | 2023

## 7 - VOEUX CONCERNANT L'AFFECTATION :

Si vous souhaitez que l'enfant soit affecté dans le même groupe que d'autres enfants (frères, sœurs, camarades), indiquez bien ci-après leurs Nom(s), Prénom(s). Cette demande ne sera prise en compte que dans la mesure des possibilités.

NOM ET PRENOM	NOM ET PRENOM	NOM ET PRENOM	NOM ET PRENOM
SANCHEZ CARLA	Peperet Melisse		

**NB :** Les enfants affectés dans le même groupe durant le séjour, ne le seront pas obligatoirement pendant le transport.

## 8 - INFORMATIONS POUVANT NOUS AIDER A MIEUX COMPRENDRE VOTRE ENFANT

Don Am vient au séjour pour passer des vacances avec son amie Sanchez Carla et Peperet Melisse.

• A-t-il des frères et sœurs : OUI NON (1) si oui, âges : une sœur 16 ans

## AUTORISATION PARENTALE

A remplir pour les séjours avec activités

"PALMES, MASQUE ET TUBA" et/ou PLONGEE SOUS MARINE

Je (nous), soussigné(e) (s), ....., Père - Mère -Tuteur (1), responsable légal de l'enfant....., ayant pris connaissance des conditions de déroulement du séjour de vacances auquel il va participer du ..... au ..... et en particulier de la pratique de l'activité "PALME, MASQUE ET TUBA" et/ou ACTIVITÉS SUBAQUATIQUES, autorise mon enfant à pratiquer ces activités, dans le cadre réglementaire, après obtention du certificat médical de non contre-indication dûment établi (ci-dessous).

A .....  
LE .....

(Mention manuscrite) "Lu et Approuvé"  
**SIGNATURE OBLIGATOIRE**

(1) Rayer la mention inutile

La loi du 6 janvier 1978 mise en conformité avec le Règlement général sur la protection des données (RGPD) du 27 avril 2016 directement applicable dans tous les pays européens depuis le 25 mai 2018 s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

**FICHE SANITAIRE DE LIAISON**

DOCUMENT CONFIDENTIEL

NOM DU MINEUR : MINERBE SALE  
 PRENOM : LOU ANN  
 DATE DE NAISSANCE : 03/08/2009  
 Poids : 40 kg Taille : 158 cm  
 LIEU ET DATE DU SEJOUR : 22 au 28/07/23 à VARS-LES-CLAUX  
 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- SANTE - ASSURANCE**

Les frais médicaux éventuellement nécessaires pendant le séjour et engagés par l'Odel sont à la charge de la famille. Au retour de l'enfant, la famille règlera les montants correspondants à l'Odel qui lui délivrera les feuilles de soins aux fins de remboursement par sa caisse de sécurité sociale et sa mutuelle.

Conformément à l'article L 227-5 du Code de l'Action Sociale et des familles, nous vous informons de votre intérêt, en tant que responsable légal de votre enfant, à souscrire si vous n'en disposez pas, un contrat d'assurance couvrant les dommages corporels auxquels votre enfant peut être exposé lors de la participation des activités pour lequel aucune responsabilité ne pourrait être engagée

**2- RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MINEUR**

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 ou le PAI établi dans le cadre scolaire, 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 : SALE PRÉNOM : OLIVIA  
 ADRESSE : 285 AV DE LA PINEDE  
LES ROMARINS - 83700 SAINT RAPHAEL  
 TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : 06 51 89 36

Responsable N°2 : NOM : MINERBE PRÉNOM : MATTHIEU  
 ADRESSE : 285 AV DE LA PINEDE  
LES ROMARINS - 83700 SAINT RAPHAEL  
 TEL DOMICILE : ..... TEL TRAVAIL : .....  
 TEL PORTABLE : 07 6 58 88 86

**5- INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

NOM ET TEL MEDECIN TRAITANT : DOCTEUR DARNALTON

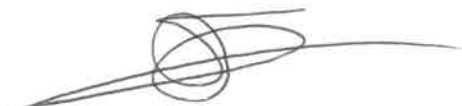
VOTRE ENFANT BENEFICIE T'IL DE LA CMU Oui Non  
 D'UNE PRISE EN CHARGE SS A 100% Oui Non - N° .....

Si Oui fournir impérativement les attestations CMU ou PRISE EN CHARGE en cours de validité

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

Date : 09/03/23

Signature :



## Autorisation d'enregistrement de l'image/de la voix

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre du projet spécifié ci-dessous, étant entendu que les objectifs de ce projet ont été préalablement expliqués aux enfants et à leurs responsables légaux.

Les responsables légaux des participants acceptent ce qui suit :

### ARTICLE 1 / PRISE DE VUE :

que leur enfant mineur soit photographié et/ou filmé et enregistré par l'Odel, qu'il soit photographié et/ou filmé et enregistré par les chaînes de télévision qui seraient susceptibles de le faire, au cours des séjours pendant les diverses activités organisées ; que les prises de vue le concernant soient utilisées en vue de la communication interne et externe de l'Odel, en particulier sur le site internet et Facebook officiel Odel, et sur les supports de communication papier de l'association, ainsi que pour la communication destinée à illustrer auprès des pouvoirs publics, des collectivités publiques, les activités menées ; que l'ensemble des prises de vue du séjour auquel participe leur enfant, et sur lesquelles il est susceptible d'apparaître, soient diffusées sur un espace sécurisé du site internet Odel, accessible aux parents ayant accepté la présente clause en signant la fiche de renseignements et d'autorisation parentale et la confirmation d'inscription, acceptent que ces prises de vues (photographies ou films) et enregistrements soient diffusés sur les chaînes de télévision.

### ARTICLE 2 / DIFFUSION DES PHOTOGRAPHIES

Les représentants légaux, sous réserve des dispositions de l'article 1 ci-dessus, acceptent que lesdites photographies, films et enregistrements soient diffusés dans les strictes conditions suivantes : support de la diffusion : site internet de l'Odel, Facebook officiel Odel, Instagram et supports de communication papier Odel et partenaires, émissions et informations de télévisions, diffusion non commerciale ; destination : diffusion aux collectivités territoriales et partenaires de l'association, communication interne et externe de l'association, auditeurs des chaînes de télévision précitées, aux familles ayant accepté la présente autorisation ; lieu de la diffusion : diffusion internationale compte tenue de la mise en ligne sur internet ; durée de l'autorisation : consentie pour une durée de 3 ans à compter de la signature des présentes, la troisième année, l'autorisation vaut pour l'année civile entière.

### ARTICLE 3/ UTILISATION VIA LE SITE INTERNET PAR LES FAMILLES ADHERENTES :

Les familles adhérentes ayant accepté la présente clause bénéficient d'un code d'accès communiqué en fin de séjour pour télécharger les photographies des vacances de leur enfant. Toutefois, il est expressément précisé que les photographies téléchargées faisant apparaître d'autres personnes que leur enfant, ne pourront être utilisées qu'à titre strictement personnel et familial, sans aucune diffusion extérieure. Notamment, la diffusion sur des réseaux sociaux et sites personnels est strictement interdite. Toute diffusion non-conforme sera susceptible d'engager la responsabilité de son auteur. L'Odel s'engage à ce que les photographies ne portent pas atteinte à la dignité de l'enfant.

### ARTICLE 4

La présente acceptation des articles relatifs au droit à l'image est consentie à titre gratuit.

### ARTICLE 5 / INFORMATIONS DE L'ENFANT TRES JEUNE OU NON LECTEUR

Rappel : l'article 16 de la Convention internationale des Droits de l'Enfant consacre le droit au respect de sa vie privée, ce qui implique notamment le respect de son droit à l'image. Lorsque l'enfant est trop jeune pour exprimer son consentement de façon autonome et éclairée (compréhension des enjeux et des conséquences), il importe de lui fournir les explications adaptées à son âge et de s'assurer autant qu'il est possible, compte tenu de son âge et de sa compréhension, de son adhésion au projet.

Mon enfant, Nom : <u>MINERBE - SALE</u>	<input checked="" type="checkbox"/> A été informé des objectifs de ce projet,
Prénom : <u>LOU ANN</u>	<input checked="" type="checkbox"/> sait qui pourra voir, entendre l'enregistrement,
Date de naissance : <u>03.10.09</u> Age : <u>14 ans</u>	<input checked="" type="checkbox"/> a compris et dit qu'il était d'accord pour qu'on enregistre, son image, sa voix.

Je soussigné(e) (prénom, nom) SALE OLIVIA  
déclare être le représentant légal du mineur MINERBE SALE LOU ANN

Je reconnais être entièrement investi de mes droits civils à son égard. Je reconnais expressément que le mineur que je représente n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image et/ou de sa voix, voire de son nom.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations ci-dessus concernant le mineur que je représente et donne mon accord pour la fixation et l'utilisation de son image et/ou de sa voix, dans le cadre exclusif du projet exposé et tel qu'il y a consenti : ☒ OUI ☐ NON

A partir de la date de signature, la durée de conservation de cette autorisation est valable pour 3 ans. A la fin de cette durée, les éléments seront détruits.

Fait en autant d'originaux que de signataires.

Fait à : Saint Raphaël

Le (date) : 9/3/2023

Signature du représentant légal du mineur :

Les responsables légaux qui n'accepteraient pas les conditions relatives au droit à l'image doivent en faire la demande par mail à [servicecommercial@odelvar.com](mailto:servicecommercial@odelvar.com) ou par courrier à ODEL - Direction Générale - 9 rue d'Antrechaus - 83000 TOULON. Les photos des brochures ne sont pas contractuelles.



Service Client Contrat  
CS 50000  
79079 NIORT CEDEX 9  
Tél. : 09 69 39 49 49  
www.macif.fr

**Vos références**  
Sociétaire n° 17434795

Mme SALE OLIVIA  
LES ROMARINS  
285 AVENUE DE LA PINEDE  
83700 ST RAPHAEL

## **ATTESTATION D'ASSURANCE SCOLAIRE ET EXTRASCOLAIRE**

Cette attestation est délivrée pour l'année 2022/2023 conformément aux directives de l'Education Nationale.  
Cette attestation concerne uniquement les enfants scolarisés de la maternelle à la terminale.

La MACIF, représentée par JEAN-PHILIPPE DOGNETON, Directeur Général, certifie que l'enfant

**LOU ANN MINERBE**

bénéficie des garanties suivantes :

\* **Responsabilité civile** dans le cadre du contrat HABITATION : en couverture des dommages causés, y compris lors de ses activités scolaires ou extrascolaires, ou à l'occasion d'un stage de formation.

\* **Individuelle accident** dans le cadre du contrat GARANTIE ACCIDENT : en couverture des dommages corporels dont il pourrait être victime (notamment décès, invalidité, frais médicaux et pharmaceutiques, prothèses dentaires, optiques et auditives) à la suite d'un accident survenu :

- dans le cadre de ses activités scolaires et périscolaires telles que : activités sportives, socio-culturelles, classes de découverte, ski, activités récréatives, voyages, stages en entreprise,
- dans le cadre de ses activités extrascolaires (y compris lors des trajets domicile-école).

\* **Assistance** dans le cadre du contrat GARANTIE ACCIDENT :

- organisation et règlement des frais de rapatriement, de sauvetage ou de secours lorsque l'activité se déroule en France et dans tous les pays d'Europe (Macif Assistance : 0 800 774 774 ),
- prestations d'assistance à domicile en cas d'accident ou maladie.

Fait à Niort, le 16 septembre 2022

Le Directeur Général  
JEAN-PHILIPPE DOGNETON

La présente attestation est délivrée sous réserve d'une suspension des garanties ou d'une résiliation anticipée des contrats et ne peut engager la MACIF que dans les conditions et limites des contrats d'assurance auxquels elle se réfère.

VAR

Numéro de l'assuré : 2 85 09 83 061 094 56  
 Nom de l'assuré :  
 SALE OLIVIA

## Attestation de droits à l'assurance maladie et à la Complémentaire santé solidaire

Valable du 19/10/2022 au 18/10/2023 sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

Organisme de rattachement sécurité sociale	Code gestion	N° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	Modulation du ticket modérateur
01 831 3441	10		
CPAM DU VAR 83082 TOULON CEDEX		2 85 09 83 061 094 56	

N°	Organisme complémentaire
1	CPAM DU VAR 83000 TOULON

Bénéficiaire(s) <i>nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage</i>	N° de sécurité sociale <i>(pour information)</i>	Né(e) le/rang	N° ordre OC	Date début de la complémentaire	Date fin de la complémentaire
SALE OLIVIA a déclaré un médecin traitant CSS sans participation financière du 01/08/2022 au 31/07/2023	2 85 09 83 061 094 56	30/09/1985 1	1	01/08/2022	31/07/2023
MINERBE-SALE EMMA CSS sans participation financière du 01/08/2022 au 31/07/2023	2 07 02 83 061 058 19	14/02/2007 1	1	01/08/2022	31/07/2023
MINERBE-SALE LOU-ANN CSS sans participation financière du 01/08/2022 au 31/07/2023	2 09 03 83 061 028 64	03/03/2009 1	1	01/08/2022	31/07/2023

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du directeur de votre Caisse.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.114-17-1 du Code de la Sécurité Sociale.