BULLETIN D'INSCRIPTION

Nom du Séjour : BRUGES ANVERS BRUXELLES

Dates : du 19/10/2025 25/10/2025

Ville Départ / Retour :

Option(s) (le cas échéant) :

ADRESSE E-MAIL DE CORRESPONDANCE

(utilisée pour l'envoi de la convocation, trousseau, identifiant de l'espace adhérent Aroéven)

PARTICIPANT

NOM (en majuscule) : .

Prénom :

Sexe : ☐ M ☐ F

Date de naissance :

RESPONSABLE LÉGAL

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur légal

☐ Autre :

NOM :

Prénom :

N° et Rue :

Complément :

Code postal : Ville :

Pays (si étranger) :

Email :

Tel n°1 : Tel n°2 :

DONNÉES SRIAS RESPONSABLE LÉGAL SITUATION PROFESSIONNELLE

Votre code ministère (Pour trouver votre code cliquez ici)

Votre catégorie de fonctionnaire (A, B ou C)

Le département de votre lieu de travail :

Votre situation Actif ☐ Retraité ☐

Email professionnel :

Le cas échéant, NOM d'une personne autre que vous à contacter durant le séjour :

Téléphone : Adresse e-mail :

DROIT À L'IMAGE

☐ N'autorise pas / ☐ Autorise l'AROEVEN l'équipe d'encadrement et l'organisateur du séjour à photographier et filmer l'enfant inscrit durant ce séjour ou cette formation. Cela autorise l'Aroéven organisatrice, les Aroéven conventionnées et la Fédération des Aroéven, à utiliser, fixer, reproduire et communiquer les photos et les vidéos réalisées lors du séjour, dans la limite de durée légale. Les photos et les vidéos pourront être reproduites, en partie ou en totalité, sur tout support (papier, numérique, vidéo...) et intégrées à tout autre matériel (illustration, dessin, peinture, animation...) connu et à venir. Il est entendu que L'Aroéven et la Fédération des Aroéven s'interdisent expressément une exploitation des photographies ou des vidéos. susceptibles de porter atteinte à la vie privée de l'enfant. Ni nom, ni adresse, n'apparaîtront dans l'utilisation qui peut en être faite. Les représentants légaux pourront demander à ce que les photographies et les vidéos ne soient plus utilisées, en informant, l'Aroéven d'inscription par courrier ou mail.

AIDES FINANCIÈRES

☐ Aide aux vacances accordée par une CAF si oui, N° Dpt : N° allocataire :

☐ Aide aux vacances accordée par la MSA si oui, N° Dpt : N° allocataire :

Autres aides financières sollicitées :

Je soussigné(e)

responsable légal de l'enfant

adhère à l'Aroéven en tant que membre bénéficiaire et certifie avoir pris connaissance des conditions générales de vente sur le site www.aroeven.fr et les accepte.

Prix du séjour :

Assurance annulation : OUI ☐ NON ☐

Montant payé :

Mode de règlement :

Fait à . le

Signature obligatoire du responsable légal :

Fédération des Aroéven- 67, rue Vergniaud 75013 Paris, immatriculée au registre des opérateurs de voyages et de séjours sous le n° IM075120017. Garant financier : UNAT-8, rue César Franck-75015 Paris. Assureur RCP, MAIF : contrat n°0901219D. Les informations recueillies sont nécessaires pour procéder à l'inscription du participant. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association pour une durée maximale de trois ans. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et accéder aux informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la Fédération des Aroéven : federation@aroeven.fr