

## Fiche d'inscription à un séjour

Si cette fiche d'inscription est incomplète et/ou non signée, celle-ci ne sera pas validée

### Vacancier :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : .. / .. / ..  
 Etablissement fréquenté : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Fauteuil permanent :  Fauteuil sorties :  Déambulateur :  Canne :   
 Le vacancier peut-il monter des escaliers :  OUI  NON  
 Le vacancier peut-il voyager dans un mini bus non adapté :  OUI  NON

### Responsable (tuteur) :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

### Personne assurant le règlement :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

### Si prise en charge par un organisme :

Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Lieu du séjour par ordre de préférence	Dates	Ville de prise en charge
1.		
2.		
3.		

## Règlement :

	<b>Total à payer</b>
Adhésion APAJH obligatoire (par année civile) (sauf si cotisation dans une autre APAJH, préciser : .... )	40 euros
Acompte de 25 % du séjour	..... euros
Assurance annulation <b>facultative</b> (4% du montant du séjour)	..... euros
<b>TOTAL</b>	..... euros

### **Autorisation de traitement et d'intervention en cas d'urgence**

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
père, mère, représentant légal (rayer la mention inutile) de : \_\_\_\_\_

#### **Autorise le responsable de séjour :**

- à faire pratiquer les examens de santé et mettre en œuvre les traitements nécessités par son état de santé,
- à le faire hospitaliser s'il y a lieu, j'autorise alors les médecins de tout établissements hospitalier à pratiquer toute intervention, tout geste thérapeutique et anesthésique qui lui serait nécessaire.

#### **Frais médicaux :**

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par l'APAJH Meuse

-----

Je soussigné(e) : ..... autorise le responsable de séjour à faire pratiquer les examens de santé et mettre en œuvre les traitements nécessités par mon état de santé, Et/ou à me faire hospitaliser s'il y a lieu, j'autorise alors les médecins de tout établissements hospitalier à pratiquer toute intervention, tout geste thérapeutique et anesthésique qui me serait nécessaire.

**Droit à l'image :** Accepteriez-vous la diffusion de photos à des fins liées à l'activité (catalogue printemps-été-hiver, site internet de l'APAJH Meuse..)

**J'accepte**

**Je n'accepte pas**

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'organisation des séjours de vacances et les accepter.

**Date :**

**Lu et approuvé**  
**Signature obligatoire :**