

Fiche d'inscription au séjour mineur

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

L'enfant ou adolescent :

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : M F

Lieu(x) de résidence : |

Adresse : |

..... |

..... |

Téléphone : |

Mail : |

Responsable légal de l'enfant / adolescent :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : Mail :

Responsable de l'inscription :

Nom : Prénom :

Qualité : Parent Autre :

Adresse :

.....

Téléphone : Mail :

Personne assurant le règlement :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Téléphone : Mail :

Si prise en charge par un organisme :

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone : Mail :

Transport :

L'enfant / adolescent sera amené et repris sur place par ses propres moyens ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
L'enfant / adolescent aura besoin d'une navette pour se rendre sur le lieu de séjour ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nancy <input type="checkbox"/> Epinal <input type="checkbox"/> St-Dizier <input type="checkbox"/> Bar-le-Duc <input type="checkbox"/> Metz <input type="checkbox"/> Vitry-le-François <input type="checkbox"/> Châlons en Champagne <input type="checkbox"/> Reims <input type="checkbox"/> Chaumont		

Règlement :

	Total à payer
Adhésion APAJH obligatoire (par année civile) (sauf si cotisation dans une autre APAJH, préciser :)	17 euros
Acompte de 25 % du séjour (Solde à régler avant le séjour) euros
Assurance annulation facultative (4% du montant du séjour) euros
TOTAL euros

Aides :

Si vous bénéficiez d'aides au départ en séjour, merci de nous faire parvenir les attestations. Pour les règlements par le Conseil départemental, nous joindre l'accord de prise en charge. Nous acceptons les chèques vacances et les bons CAF.

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 établissement 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

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

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 :