

■ L'enfant

Nom : _____ Prénom : _____

Sexe : F M Nationalité : _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Adresse où réside l'enfant : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Nombre de frères et sœurs de 4 à 18 ans : _____

Pointure : _____ Taille : _____ Niveau ski (séjour hiver) : _____

Régime alimentaire particulier : _____

Attention un certificat médical de non contagion de l'enfant vous sera demandé. Pour les activités nautiques, LE TEST PREALABLE A LA PRATIQUE DES ACTIVITES AQUATIQUE ET NAUTIQUE est obligatoire.

■ Responsable légal de l'enfant : Père Mère Tuteur

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tél domicile : _____ Tél professionnel : _____

Tél portable : _____ Tél lieu de vacances : _____

E-mail : _____

N° Allocataire CAF : _____ Caisse : _____

N° Sécurité Sociale : _____ Caisse : _____

Responsabilité Civile, n° : _____ Compagnie : _____

■ Le Séjour

Titre : _____ Lieu : _____

Dates : du _____ au _____

2ème choix si le séjour est complet :

Titre : _____ Lieu : _____

Dates : du _____ au _____

J'autorise Je n'autorise pas l'association ADN, à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités qu'il pratiquera lors de son séjour et à reproduire à titre gratuit, diffuser, publier, représenter sans limitation de durée, les photographies et/ou films de mon enfant, sur les supports réalisés par l'association ADN (brochures, diaporama ou film de présentation, site internet...).

■ Règlement (à l'ordre d'A.D.N.)

prix du séjour : _____

Adhésion : _____

(1) Total séjour : _____

Adhésion individuelle : 10 Euros

Adhésion familiale : 15 Euros (à partir de 2 enfants)

■ Acompte à verser à l'inscription

soit 30% du total séjour : _____ (2)

■ Aides extérieures à déduire du montant du séjour

Bons CAF : _____

Prise en charge C.E. : _____

→ L'entreprise : _____

Prise en charge conseil général : _____

Chèques vacances : _____

Autres : _____

→ A préciser : _____

(3) Total aides : _____

Reste dû (1) - (2) - (3) = : _____

à régler 21 jours avant la date de départ du séjour

Je soussigné(e) _____ responsable légal de l'enfant, certifie avoir pris connaissance des conditions de vente figurant au verso de la présente fiche d'inscription. J'autorise la direction du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité.

Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjours m'incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels, remboursés par la Sécurité Sociale.

Lu et approuvé

Date

Signature

Comment avez-vous connu ADN : Ancien participant Relation Comité d'entreprise
Mairie Presse Internet Salon ou forum

