

## ■ 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

photo  
d'identité  
de l'enfant

