



FICHE D'INSCRIPTION A UN SEJOUR POUR MINEURS

Pour les nouveaux adhérents à l'association, cette fiche doit être accompagnée de la fiche de renseignements, de la fiche médicale, de la synthèse éducative rédigée par l'établissement du jeune ainsi que de l'adhésion à l'association de 20€, valable du 01/09/2016 au 31/08/2017.

Bénéficiaire :
 NOM : _____
 PRENOM : _____
 Sexe (M/F): _____
 Date de naissance: _____

CADRE RESERVE A ALTER ET GO !

Option posée :
 Saisie :
 En attente :

 Confirmation :

Séjour(s) choisi(s) :

Séjour 1- Intitulé : _____ Séjour 3 - Intitulé : _____
 Dates du : / / au / / Dates du : / / au / /

Séjour 2- Intitulé : _____ Séjour 4 - Intitulé : _____
 Dates du : / / au / / Dates du : / / au / /

Lieu de prise en charge souhaité (à compléter obligatoirement)

Choisir votre lieu en fonction des lieux de prise en charge proposés pour le séjour (voir fiche détaillée) :
 lieu aller : _____ lieu retour : _____
 Autre lieu à valider avec l'association, précisez : _____

| | Nom | Fonction | Mail ou Adresse (obligatoire) | Tel Fixe/Mobile |
|---|-----|----------|-------------------------------|-----------------|
| Inscription effectuée par : | | | | |
| Confirmation à adresser à : | | | | |
| Adresse de facturation <i>(si différente de l'adresse de confirmation) :</i> | | | | |
| Personne à contacter en cas d'urgence lors du séjour : | | | | |
| Lieu de rapatriement: | | | | |

Argent de poche

Souhaitez vous un compte rendu de la gestion de l'argent de poche du vacancier ?
 oui non

Acte médical spécifique à prévoir pour le séjour

Dans le cadre de la prise en charge médicale régulière du participant, devons-nous prévoir un **acte médical spécifique auprès d'un professionnel durant le séjour** ? oui non

Si oui, précisez :

: Acte infirmier (injection, pansement, ...) :

Date, Fréquence, moment dans la journée :

: Location d'un appareillage auprès d'une pharmacie (fauteuil roulant, déambulateur...) car pour un meilleur confort lors des trajets en minibus, **nous ne pouvons pas accepter les appareillages personnels** :

: Renouvellement de pilulier (uniquement pour les séjours supérieurs à 15 jours).

ATTENTION :

- Pour toute demande d'acte médical spécifique, il est impératif de nous contacter lors de l'inscription.
- Il est impératif de nous envoyer l'ordonnance liée à cette prescription médicale avant le début du séjour.
- Les actes médicaux spécifiques ne peuvent être assurés que sur le territoire français.

Règlement

Le règlement du séjour s'effectue en deux étapes :

- aujourd'hui : adhésion, acompte de 30% du prix du séjour et assurance annulation (facultative)
- un mois avant le début du séjour : le solde du séjour, soit 70 % du prix du séjour

| | Total à payer | Modalités de règlement | |
|--|---------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| | | Montant versé ce jour | Solde à payer un mois avant le séjour |
| Adhésion à l'association <i>Valable du 01/09/2016 au 31/08/2017 – Montant : 20 €</i> | € | € | |
| Prix du séjour <i>Indiquer le total si vous êtes inscrits à plusieurs séjours</i> | € | 30% du prix du séjour, soit € | 70% du prix du séjour, soit € |
| Assurance annulation (facultative) <i>Voir coût indiqué dans le programme</i> | € | € | |
| TOTAL | € | € | € |

Vous réglez :

- par chèque à l'ordre de « ALTER ET GO ! » : €
- par virement bancaire : €
- par chèques vacances ANCV : €
- par Bon Cadeau ALTER ET GO ! N°..... : €
- autres, précisez : €

Bénéficiez vous d'une prise en charge CAF (Aide aux Vacances Enfants) ? oui non

- n° d'allocataire :
- CAF dont vous dépendez (Perpignan, Hérault, Aude, Gard...) :

Étapes suivantes

Après vérification du dossier, une facture de confirmation vous sera adressée. Un mois avant le début du séjour, nous vous transmettrons le trousseau des affaires à prévoir, les informations pratiques (lieu et horaire de départ et de retour, coordonnées du responsable de séjour) ainsi que les documents à fournir impérativement le jour du départ.

Je soussigné _____ agissant en qualité de¹
atteste que les informations mentionnées sur la fiche de renseignements et la fiche médicale remplies lors de l'adhésion sont toujours d'actualité. Je certifie que les renseignements fournis sont exacts et complets.
L'association « ALTER ET GO ! » décline toute responsabilité en cas d'accident ou d'incident dû à un fait non communiqué ou falsifié. Je m'engage par ailleurs à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable de séjour.

Fait à: _____ le: _____ Signature: _____

¹ Responsable légal (père, mère, tuteur) ou bénéficiaire s'il n'est pas sous un régime de protection juridique