



FICHE D'INSCRIPTION A UN SEJOUR

Pour les nouveaux adhérents à l'association, cette fiche doit être accompagnée de la fiche de renseignements, de la fiche médicale ainsi que de l'adhésion à l'association de 20€, valable du 01/09/2017 au 31/08/2018.

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

Motricité
 - Fauteuil roulant d'appoint :
 - Déambulateur :
Nos minibus ne sont pas adaptés à l'accueil de personnes en fauteuil roulant permanent

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 (cf: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 (si différente de l'adresse de confirmation) :				
Personne à contacter en cas d'urgence lors du séjour :				
Lieu de rapatriement:				

Vie affective

Le bénéficiaire est-il en couple ? oui non
 • Si oui, dans le cas où la personne concernée participe au même séjour, de qui s'agit-il ?
 NOM : _____ PRENOM : _____
 • Est-il autorisé à dormir avec son conjoint ? oui non

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 01/09/2017 au 31/08/2018 – 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	:	€

Étapes suivantes

Après vérification du dossier, une facture de confirmation vous sera adressée. Un mois avant le début du séjour, nous vous transmettons 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