

fiche d'inscription

1 fiche d'inscription par Jeune



LE PARTICIPANT

NOM

Prénom

Date de naissance :/...../..... Sexe : M F

Adresse :

CP : Ville :

Tél :

N° assuré social (joindre copie carte S.S) :



LE RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM.....

Prénom.....

Qualité :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. domicile :

Tél. portable :

CONTACT DURANT LE SEJOUR (en cas d'urgence)

NOM

Prénom

Qualité :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. domicile :

Tél. portable :

SEJOURS CHOISIS

INTITULE DU SEJOUR :

Du.....au.....2011

INTITULE DU SEJOUR :

Du.....au.....2011

INTITULE DU SEJOUR :

Du.....au.....2011

INTITULE DU SEJOUR :

Du.....au.....2011

AUTORISATION

Je soussigné(e)responsable légal(e) de l'enfant autorise le responsable du séjour, après consultation du praticien, à faire donner tous les soins médicaux que nécessiterait l'état de santé de mon enfant dont son hospitalisation voire une intervention chirurgicale (anesthésie comprise). Je m'engage à payer l'intégralité des frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels.

Je déclare avoir pris connaissance de la brochure, notamment des conditions générales et particulières.

Date..... Signature :
(faire précéder de la mention « lu et approuvé »)

ACOMPTE

Adhésion€
25% du montant du séjour€
Assurance annulation (6%), avec un minimum de 17 € obligatoire <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI.....€
TOTAL ACOMPTE :€

L'inscription est ferme à réception de la fiche d'inscription et des arrhes de réservation (25% du coût du séjour). **Le solde est à régler au plus tard 15 jours avant son commencement (les jeunes ne seront pas accueillis dans le cas inverse).** Un dossier de confirmation vous sera adressé après acceptation de l'inscription.

Joindre la fiche sanitaire de liaison dûment remplies avec votre fiche d'inscription.

DOCUMENT A RETOURNER A SPORTS NATURE
2 rue de la Poudrière – 25370 LES LONGEVILLES MONT D'OR
Tél. : 03 81 49 90 95 – Fax. : 03 81 49 95 15
E-mail : contact@sejour-colos.fr / contact@sejour-ados.fr

