

# FICHE D'INSCRIPTION

## Colonies de Vacances

PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :  /  /

Age (au 1er jour du séjour) :  ans

Genre :  Féminin  Masculin  Autre

Taille en cm :  Poids en kg :  Pointure :

Niveau de ski :  N'a jamais skié  Piste verte  Piste bleue

Piste rouge  Piste noire

Photos  
du participant  
à coller ici

SÉJOUR

Nom du séjour :  **Petit Nord (4/6 ans) 576 €**

**Grand Nord (7/15 ans) 650 €**

Dates : **Du samedi 22 au vendredi 28 février**

Lieu d'arrivée et de départ :  **Rendez-vous sur place**

RESPONSABLE LÉGAL

Nom Prénom :

Lien de parenté :

Adresse :

Code Postal + Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

E-mail :

L'enfant vit en famille d'accueil

*Complétez ci-dessous les coordonnées de la famille d'accueil*

Vous devez vous absenter durant le séjour

*Complétez ci-dessous les coordonnées où vous serez joignable*

Nom Prénom :

Adresse :

Code Postal + Ville :

Téléphone 1 :

Téléphone 2 :

E-mail :

*Dans certains cas, afin de nous permettre d'obtenir de votre caisse le remboursement des frais, il est indispensable que la personne assurant la protection sociale de l'enfant complète la procuration ci-dessous.*

Je soussigné(e),

donne délégation à la FAL du Cantal , en application des dispositions de l'article R 362-1 du code de la Sécurité Sociale, pour l'encaissement des prestations dues en remboursement des soins que pourrait nécessiter l'état de l'enfant inscrit sur cette fiche. Pendant le séjour désigné en page 1, la FAL du Cantal assure la garde effective de mon enfant et a reçu mon autorisation pour lui faire dispenser tous les soins que pourrait nécessiter son état.

Je soussigné(e),  ,  
 Responsable légal de l'enfant désigné en page 1 de cette fiche,

- atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire l'enfant dont le nom et prénom figure en page 1 et l'autorise à participer sous ma responsabilité à ce séjour.
- m'engage à payer la part des frais médicaux, hospitalisation et opération éventuels non remboursés par la Sécurité Sociale ou l'assurance.
- m'engage à rembourser l'avance des frais médicaux engagés par la FAL pendant le séjour (médecin, médicaments...). Vous recevrez alors une facture des frais que nous avons engagés. Après règlement de cette facture à la FAL, nous vous adresserons les feuilles de soins et ordonnances nécessaires au remboursement par votre organisme de Sécurité Sociale.
- m'engage à prendre à ma charge les frais occasionnés par un retour individuel de mon enfant à mon domicile, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur, en cas de renvoi pour inadaptation.
- reconnais avoir pris connaissance et accepter tous les termes de la note ci-dessus et des conditions générales de ventes des séjours vacances Juniors.

**J'accepte ces conditions**

Retrouvez toutes les informations sur l'assurance annulation à cette adresse :

<https://www.vacances-pour-tous.org/vv/vpt/colonies-de-vacances/vacances-pour-tous-garantie-annulation-optionnelle-page-130/>

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'octroi de cette garantie et

**souhaite y souscrire**

**ne souhaite pas y souscrire**

je règle la somme indiquée en **D** page 3

(Voir page 3 pour la méthode de calcul)

## TARIF

	<b>A</b>	Adhésion à la Fal 15 ( <i>Obligatoire</i> )	7,50 €
	<b>B</b>	Prix du séjour	<input type="text"/> €
	<b>C</b>	<b>Total = A+B</b>	<input type="text"/> €
<b>Option</b>	<b>D</b>	Assurance annulation ( <i>4,5% de C</i> ) <i>arrondir au centime supérieur si besoin</i>	<input type="text"/> €
<b>VERSEMENTS</b>	<b>E</b>	Acompte à verser <b>à l'inscription</b>	200,00 €
	<b>F</b>	Solde ( <b>C-E+D</b> ) à payer <b>au moins 1 mois</b> <b>avant le début du séjour :</b>	<input type="text"/> €

## RÈGLEMENT

**ACOMPTE**  Chèque  Virement (*nous demander un RIB*)

**SOLDE**

<b>Chèque Vacances (ANCV) :</b>	<b>H</b>	Nombre : <input type="text"/>	Montant : <input type="text"/> €
<b>Pass Cantal :</b>	<b>I</b>	Nombre : <input type="text"/>	Montant : <input type="text"/> €
<b>Tickets vacances CAF ou MSA :</b>	<b>J</b>		Montant : <input type="text"/> €
<b>Reste à payer (F-H-I-J) =</b>	<b>K</b>		Montant : <input type="text"/> €

Mode de paiement :  Chèque  Virement

Remarques :

J'atteste sur l'honneur avoir déclaré ci-dessus toutes les participations dont je peux bénéficier.

Je m'engage à fournir les attestations originales de ces participations pour déduction sur le montant total du séjour.

**Nous retourner :**

- Cette fiche d'inscription (une par enfant) complétée et signée sans oublier de joindre l'acompte de 200€
- La fiche de liaison complétée et signée
- La copie des vaccins
- Une copie de votre attestation d'ouverture de droits à l'Assurance Maladie

Fait à , le

Réécrire la mention suivante "**Lu et approuvé, bon pour attestations et autorisations**"

Signature

