

➔ Dossier d'inscription

Dossier administratif

Remplissez et renvoyez le dossier d'inscription composé de 3 parties : « Dossier administratif », « Dossier médical » « Renseignements de la personne »

➔ Acompte et règlements :

➔ Vous envoyez le « dossier d'inscription » soit à la Fédération des APAJH, soit à l'association départementale APAJH indiquée dans la présentation du séjour accompagné d'un acompte de 300 €

➔ Le service Vacances vous confirme la possibilité et les places disponibles sur le séjour choisi.

➔ **Le solde du séjour est à régler impérativement au minimum un mois avant le séjour (Sauf accord écrit de prise en charge)**

Aucune inscription ou réservation ne pourra être faite par téléphone.

Etes-vous adhérent APAJH ? Oui Non

Si non, contacter la Fédération des APAJH ou l'association départementale APAJH selon le séjour choisi pour connaître le montant de la cotisation annuelle.

Souhaitez-vous prendre l'assurance-annulation ? (4% du prix du séjour) Oui Non

Bénéficiez-vous d'une aide d'un cofinancier ? Oui Non

Si oui, laquelle ? Du CGOS
 Du CCE de la BNP
 Du CCE du Crédit Lyonnais
 Du CCE de la Caisse d'Épargne
 De l'APAS

Autre : lequel ?

Précisez au besoin votre n° d'adhérent :

➔ Renseignements administratifs :

Nom :

Prénom(s) :

Sexe : Femme Homme

Date et lieu de naissance :

...../...../..... à :

Département ou pays :

N° de sécurité sociale :/...../...../...../...../...../...../...../.....

Lieu et adresse de résidence habituelle

Adresse(s), téléphone(s), mail(s) :
.....
.....
.....

Établissement(s) fréquenté(s) :

Aucun SAVS FH FO ESAT

CAJ MAS FAM

Autre – Précisez :

Adresse(s), téléphone(s), adresse(s) électronique(s) :
.....
.....
.....

➔ Contact(s) :

Personne (-s) à contacter en cas d'urgence (nom, lien de parentalité/fonction, téléphone, adresse électronique)
PAR ORDRE DE PRIORITÉ

Nom, prénom, lien de parentalité / fonction, adresse complète et téléphone, adresse électronique :

→

.....

.....

.....

.....

.....

→

.....

.....

.....

.....

.....

→

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cadre réservé au service

➤ **Séjour(s) vacances et adresse(s) d'expédition :**

Séjour(s) souhaité(s)	Dates (à préciser)	Service organisateur	Transport collectif Ville de départ : Paris ou Marseille (si proposé dans la fiche du séjour)

(Sous réserve d'affectation par le service Vacances-Loisirs organisateur)

Pour toute demande particulière sur les modalités de transport jusqu'au lieu de séjour, se référer au service organisateur.

	Nom et Prénom	Lien de parentalité / Fonction	Adresse complète	Téléphone	Adresse électronique
Personne chargée de l'inscription					
Où expédier les convocations et horaires de départ					
Où expédier la facture					

➤ **Pour les personnes majeures sous tutelle ou les mineurs**

Je soussigné(e) :

Né(e) le :

Domicilié(e) :

Agissant en qualité de :

Certifie avoir pris connaissance des conditions générales incluses dans le catalogue Vacances APAJH.

Joint au présent dossier administratif d'inscription, le dossier médical attestant qu'il n'y a pas d'interdiction médicale pour l'enfant ou l'adulte à être admis dans le séjour de vacances choisi. Certifie être informé que le traitement auquel est soumis la personne lui sera administré, suivant les prescriptions de l'ordonnance médicale remise le jour du départ, sous l'autorité du responsable de séjour.

A cette fin, je certifie remettre au responsable de séjour les prescriptions médicales nécessaires.

Certifie être informé, qu'en en cas d'urgence, le responsable de séjour pourra être amené, si l'état de santé de la personne l'exige, à prendre toutes les dispositions nécessaires à l'administration d'actes de soins.

En qualité de tuteur, mon consentement devra être recueilli pour tous les actes ne revêtant pas un caractère d'urgence. Pour les actes urgents, le responsable de séjour devra m'informer le plus rapidement possible.

Dans tous les cas, le consentement de la personne majeure devra systématiquement être recherché après qu'il ait pu recevoir une information claire et adaptée à son degré de compréhension.

Seuls les actes à but thérapeutique urgent pourront être pris sans mon consentement et sans le consentement de la personne majeure si celle-ci n'a pu être trouvée.

Je m'engage à rembourser les frais médicaux et pharmaceutiques avancés par le responsable de séjour.

Certifie exact, lu et approuvé

A, le

Signature :

➤ **Autorisation de prise et de diffusion de photographie(s) et de vidéo(s)**

Je, soussigné :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : **Ville :**

Agissant en qualité de représentant légal de :

Nom :

Prénom :

Autorise (rayez les mentions inutiles) :

La prise d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) (captation, fixation, enregistrement, numérisation) me ou le représentant.

La diffusion et la publication d'une ou plusieurs photographie(s) ou vidéo(s) me ou le représentant à l'occasion des activités, de quelque nature qu'elles soient.

Dans le strict respect des valeurs de citoyenneté et de dignité défendues par la Fédération des APAJH

Fait à :, le :

(Signature)