



Dates de fermeture de l'établissement : .....

Une permanence est-elle assurée : OUI ( ) NON ( )

Si oui , jours et heures : .....

Nom de la personne référente : ..... Tel : .....

**IMPORTANT** : qui prévenir en cas d'urgence ?

Famille ( ) Famille d'accueil ( ) Etablissement ( ) Responsable légal ( )

Nom:..... Tel : .....

Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

#### **4. RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE FINANCEMENT DU SEJOUR :**

Nom de l'organisme payeur : .....

Adresse de l'organisme : ..... Tel : .....

Personne référente ( au sein de l'organisme):.....

Montant du paiement de la part de l'organisme payeur : .....€

Ou

Nom du tuteur (trice):.....

Adresse complète : ..... Tel : .....

Montant du paiement de la part du tuteur (trice) : .....€

Autres financements : Chèques Vacances : .....€ Autres : .....€

#### **5. ASSURANCE**

Notre Assurance professionnelle ; **Responsabilité civile, Accident et Assistance – Rapatriement** couvre l'ensemble des participants à nos séjours.

#### **6. FRAIS MEDICAUX REMBOURSABLES**

Les frais médicaux de toutes natures sont, dans le cas de petites et moyennes dépenses, avancés par **QUETZAL** en France comme à l'étranger.

Au retour, le participant s'engage à rembourser l'intégralité de ces frais dès réception de la facture.

Dès règlement, l'association remettra au participant le dossier médical complet pour remboursement par la C.P.A.M et la mutuelle.

Dans le cas d'un accident, le reliquat des frais médicaux est pris en charge par notre assurance, sur envoi du décompte original de la C.P.A.M (si vous n'avez pas de mutuelle), ou du décompte original de la mutuelle et copie du décompte de la C.P.A.M.

Les frais d'ambulance et /ou de secours spécifiques sont remboursés par notre assurance sur présentation du refus de prise en charge de la C.P.A.M et de la mutuelle.

#### **7. SEJOUR ECOURTE-RAPATRIEMENT :**

En cas de renvoi pour motif disciplinaire, aucun remboursement ne sera effectué. Les frais de retour et d'accompagnement seront en outre facturés au participant ou à la collectivité- l'établissement d'accueil.

Fait à ..... Le.....2012

“ Lu et Approuvé ” Signature du responsable légal.

#### **AUTORISATION DU RESPONSABLE LEGAL : (à remplir et à signer obligatoirement)**

JE SOUSSIGNE (E) : ..... AGISSANT EN QUALITE DE : ..... AUTORISE  
LE PARTICIPANT : ..... A PRATIQUER LES ACTIVITES PROPOSEES, Y COMPRIS CONTACTS AVEC LES  
ANIMAUX, BAIGNADE , SAUF CONTRE INDICATION DUMENT MENTIONNEE DANS UN DES CADRES DE RENSEIGNEMENT  
IMPORTANT OU MEDICAUX .

JE DECLARE AUTORISER LE RESPONSABLE DU SEJOUR A FAIRE PRATIQUER LES ACTES MEDICAUX OU CHIRURGICAUX  
JUGES INDISPENSABLES PAR LE MEDECIN.

FAIT A : ..... LE : ..... SIGNATURE