

# Quetzal

**Bourgogne – Côte d'Or**

Champ Picard

21400 – Chemin d'Aisey

T/F : 03.80.93.29.25

## **DOSSIER D'INSCRIPTION INDIVIDUEL**

**A compléter lisiblement et à renvoyer obligatoirement à Quetzal.**

### **VACANCES EN VALLEE DE SEINE A VAUX**

**PROFIL D'AUTONOMIE DU SEJOUR : DE A 1 1 1 à B 2 2 3**

#### 1.L'INSCRIPTION :

**Amplitude d'accueil : Du SAMEDI 04 AOÛT 2012 au SAMEDI 18 AOÛT 2012 .**

Dates retenues : Du Samedi 04 Août 2012 au Samedi 11 Août 2012 .....  705.00 €

Du Samedi 11 Août 2012 au Samedi 18 Août 2012.....  705.00 €

Nouveau les Escapade de l'été : Option PARIS : 07 / 08 / 09 Août 2012 Prix : 125 .00 € .....€

Option ZOO D'AMNEVILLE : 15 / 16 Août 2012 Prix : 50.00 €.....€

Assurance annulation 3,14 % du coût total du séjour ( Facultatif).....€

Prix du convoyage ( Facultatif) : .....€

Adhésion obligatoire pour l'année civile en cours :

Je suis adhérent :  Je ne suis pas adhérent  10.00 €

Prix total du règlement : .....€

Montant de l'acompte (30% du règlement) : .....€

Lieu de départ de la personne : .....

Lieu de retour de la personne : .....

#### 2.RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE PARTICIPANT :

**NOM :** ..... **PRENOM :** ..... **SEXE :** masculin ( ) Féminin( )

**PROFIL D'AUTONOMIE ( en référence au tableau joint ) : A : / / / OU B : / / /**

Date de naissance : ..... Age : ..... Nationalité : .....

Adresse précise : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Tél domicile: ..... Tél portable : .....

N° de Sécurité Sociale : / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ /

Adresse du Centre payeur : .....

Adhérez-vous à une mutuelle ? Si oui laquelle : .....

#### 3.ETABLISSEMENT FREQUENTE ET ADRESSE :

Nom de l'établissement: .....

Adresse : ..... Code Postal : ..... Ville : .....

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