

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 PAYS CHÂTILLONNAIS Baigneux les Juifs

PROFIL D'AUTONOMIE DU SEJOUR : DE B 1 1 1 à C 3 3 3

1. L'INSCRIPTION :

Amplitude d'accueil : Du MERCREDI 01 AOÛT 2012 au DIMANCHE 19 AOÛT 2012 .

(Possibilité de composer la durée du séjour sur une base minimum de 05 jours.)

Dates retenues : DuAoût 2012 au..... Août 2012 .

Période retenue pour la prise en charge de la personne le jour du départ : **matin** **après midi**

Prix du séjour : **83.00 €** / Jour x..... Jours =.....€

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 €**.....€

Chambre individuelle : (Dans la mesure du possible, nous contacter) **15.00 €** / jour =.....€

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) : B : / / / OU C : / / /

Date de naissance : Age : Nationalité :

Adresse précise :

Code Postal : Ville :

Tél domicile: Tél portable :

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

Adresse du Centre payeur :

Adhères-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** couvrent 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

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