

Fiche à renvoyer par courrier à : LES CALOTS VERTS – Lycée de Restmeur – Runvarec – 22200 PABU
contact@lescalotsverts.com – Tél : 06 29 82 59 43

Pour toute fiche incomplète, l'inscription ne sera pas validée. (Ne pas oublier le verso)

VOTRE CHOIX DE SÉJOUR Rayer les périodes qui ne conviennent pas	
Du 11 au 31 juillet	Du 5 au 25 août
Du 18 au 31 juillet	Du 12 au 25 août
Du 11 au 17 juillet	Du 5 au 11 août

STAGE d'EQUITATION		
Vous pouvez également mettre un ordre de préférence sur les autres activités réalisées sur des temps distincts.		
TENNIS	TIR A L'ARC	PRESTIDIGITATION
VELO / VTT	TENNIS DE TABLE	MUSIQUE / THEATRE
FOOTBALL	MULTI-ACTIVITES	

Merci de compléter très lisiblement ce document

L'ENFANT

NOM.....PRÉNOM.....

Né(e) le à Classe en 2017/2018..... Garçon / Fille (entourer)

L'enfant a-t-il une Couverture Maladie Universelle (CMU) ? OUI NON (entourer)

Si oui, fournir l'attestation en cours de validité et une photocopie de la carte vitale.

LA FAMILLE

M / Mme / M et Mme (entourer) NOM..... PRÉNOM.....

Adresse

Code Postal..... Ville Téléphone

L'ORGANISME (qui a la charge de l'enfant si tel est le cas)

Raison Sociale

Adresse

Code Postal..... Ville Téléphone

Je soussigné(e), nom..... prénom père / mère / tuteur (entourer)
représentant légal de l'enfant : nom prénom.....

- Autorise le directeur du centre de vacances des Calots Verts ou la personne le remplaçant officiellement, à hospitaliser mon enfant, à faire pratiquer une anesthésie complète, à prendre toutes les mesures jugées utiles et les chirurgiens à opérer.
- Donne l'autorisation de le faire sortir de l'hôpital.
- Autorise la prise en photo ou vidéo de mon enfant dans le cadre des activités de l'association et à leur utilisation sur les documents de communication des Calots Verts (site internet, flyer...).
- M'engage à régler le montant total de la pension à l'ordre des Calots Verts : (entourer le montant)
1 115€ (pour 3 semaines) – 770€ (pour 2 semaines) – 405€ (pour une semaine)

• En cas de prise en charge par un organisme, coordonnées de la personne responsable, montant de la prise en charge

NOM..... Prénom..... Téléphone.....

Montant..... Signature

• En cas de prise en charge partielle par un organisme, la différence sera à la charge de la famille qui devra la régler avant le départ.

• En cas de désistement, les frais d'inscription (95€) restent acquis à l'association.

• Les téléphones portables sont interdits.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions incluses dans le document : « Quelques renseignements complémentaires pour 2018 ».

Fait àle..... Signature :

