

Fiche à renvoyer par courrier à : LES CALOTS VERTS – 6, rue Saint Pierre – 22 720 PLESIDY
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 10 au 30 juillet	Du 3 au 23 août
Du 17 au 30 juillet	Du 10 au 23 août
Du 10 au 16 juillet	Du 3 au 9 août

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

Merci de compléter très lisiblement ce document

L'ENFANT

NOM PRÉNOM

Né(e) le à Classe en 2020/2021 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.....

Adresse mail :

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)
1 135€ (pour 3 semaines) – 790€ (pour 2 semaines) – 425€ (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.

- **En cas d'annulation de notre part pour raison sanitaire (décision gouvernementale) vous serez intégralement remboursé.**

- Les téléphones portables sont interdits.

Je déclare avoir pris connaissance et accepté les conditions incluses dans le document : « Quelques renseignements complémentaires pour 2019 ».

