

Fiche à renvoyer par courrier à : LES CALOTS VERTS – 6, rue Saint Pierre – 22 270 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

### OPTION SOUTIEN SCOLAIRE PAR LE JEU

Mettez également mettre un ordre de préférence sur les autres activité 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 2020 ».

Fait à ..... le ..... Signature :

