



Joindre une photo récente (moins de 2 ans)

### L'ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Garçon  Fille

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Age au début du séjour : .....

L'enfant est-il bénéficiaire de la CMU : Oui  Non

*Si oui, joindre obligatoirement l'attestation de droit à l'assurance maladie*

Je bénéficie d'aide de la CAF ou du MSA : Oui  Non

N° allocataire: .....

S'agit-il d' 1<sup>er</sup> séjour hors de la famille : Oui  Non

Recommandation particulière *Intérêt, personnalité (dynamique, anxieux, s'adapte vite, autonome, timide...)* :

.....  
.....

### LES PARENTS OU TUTEURS

Nom : ..... Prénom : ..... Téléphone : \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_

Email : .....@..... Adresse postale : .....

En cas d'urgence (Nom/Téléphone): .....

Travailleur social qui suit le dossier (Organisme, Nom, Téléphone, Mail) : .....

Comment avez-vous connu nos séjours ? Internet  Amis, Famille  Travailleurs sociaux  Autres : .....

NOM DU SEJOUR	du	au	prix
	___/___/	___/___/	___, ___
	___/___/	___/___/	___, ___
	___/___/	___/___/	___, ___
	Adhésion Familiale		
	uniquement le lundi transport Bordeaux AR	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Niveau: Surf	Total des aides		___, ___
Débutant <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Confirmé <input type="checkbox"/>	Reste à payer		___, ___€

### ENGAGEMENT ET AUTORISATION

Je soussigné(e), ..... responsable légale de l'enfant..... certifie :

Avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et les accepte sans réserve

Autorise le responsable du séjour à prendre toute mesure (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale.....) rendues nécessaire par l'état de santé de l'enfant

Autorise l'association a diffuser les photos et vidéos sur lesquelles l'enfant risque de figurer

**DATE ET SIGNATURE**