

ASSOCIATION PRO VITA

Maison des Associations

159 rue du Quesnoy

59300 VALENCIENNES

☎ 03.27.30.21.63

www.laprovita.org



SEJOUR du au

ENFANT :
Nom : Prénom :
Date de naissance : Lieu :
Adresse :
Code postal : Ville :
Séjours de vacances précédents : Année / Organisme / Lieu
.....
.....
.....

Ecole fréquentée : Ville : Classe :
Nombre de frères : âges : de sœurs : âges :

SITUATION FAMILIALE :
 mariage pacs vie maritale divorce séparation veuvage célibat

PERE	MERE
Nom, prénom :	Nom, prénom :
Adresse :	Adresse :
Code postal : Ville :	Code postal : Ville :
Situation professionnelle :	Situation professionnelle :
Lieu :	Lieu :
☎ : ou	☎ : ou

RESPONSABLE DE L'INSCRIPTION : (parents, travailleur social, foyer, CE, ...)
(POUR L'ENVOI DES COURRIERS DE TYPE TROUSSEAU, INVITATION SOIREE APRES SEJOUR, ...)
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
☎ 1 : ☎ 2 :
Mail :

RESPONSABLE DES PAIEMENTS: (si différent du responsable de l'inscription)
(POUR TOUTE CORRESPONDANCE CONCERNANT LE PAIEMENT DE L'INSCRIPTION)
Nom, prénom :
Adresse :
☎ :

EN CAS D'ABSENCE DU RESPONSABLE PENDANT LE SEJOUR, PREVENIR :
Nom, prénom :
Adresse :
☎ :

Je demande que mon enfant participe aux offices religieux catholiques : oui non
Je souhaite qu'il décide lui-même d'y participer ou non : oui non

J'autorise mon enfant à se baigner et à nager : oui non
Il sait nager : oui non
Je l'autorise à participer aux activités aquatiques du séjour : oui non
Activités pratiquées durant l'année par l'enfant :

Autres renseignements ou tous souhaits concernant votre enfant et susceptibles d'intéresser la direction du séjour : (alimentaires, physiques, morales, ...)
.....
.....

Je m'engage à rembourser, au retour du séjour, à l'organisation les dépenses médicales et pharmaceutiques que celle-ci peut être amenée à régler en mon nom, en cas d'urgence.

Bénéficiez-vous de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ? oui non
Si oui, apporter une copie de votre carte d'attestation CMU le jour du départ du séjour.

Pour financer le séjour, bénéficiez-vous :	OUI	NON	Nom et adresse de l'organisme
▪ d'une participation d'un comité d'entreprise ou d'un service social d'entreprise.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ d'une participation de la CAF	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ d'une participation du Conseil Général ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ d'une autre participation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions financières de l'association Pro Vita tant en ce qui concerne l'inscription que l'annulation.

Je verse la somme de euros comme acompte et dès à présent l'inscription est effective.

Versement en : espèces chèque bancaire mandat chèque vacances autre

Je m'engage à verser le solde :
▪ avant le 10 juin pour les séjours du mois de juillet ;
▪ avant le 10 juillet pour les séjours du mois d'août ;
▪ au plus tard un mois avant le départ (séjours d'hiver).

A **le**

Signature du (des) responsable(s) de l'enfant :