

Autres éléments

Lors des séjours, des offices religieux catholiques seront proposés :

Je veux que mon enfant y participe Je ne veux pas qu'il y participe Je lui laisse le choix

Je Nous soussigné(e)(s) père mère parents tuteur légal de

Nom de l'enfant : Prénom

inscrit au séjour organisé par l'association PRO VITA noté ci-avant

- Autorise mon fils ma fille
 - à être transporté en voiture ou en camionnette ou en train ou en autocar
 - à prendre part aux activités sportives
 - à se baigner et à nager
 - J'atteste que mon enfant sait nager (**joindre un attestation de natation de 25 m, si possible**)
 - à participer aux diverses activités du séjour
- Autorise que les photos de mon enfant, prises pour et au cours du séjour, soient utilisées sur le site internet de l'association Pro Vita et pour illustrer les futures brochures et celles de nos partenaires (CE, collectivités), ainsi, que des articles de presse. J'accepte également que des reportages TV, radios ou presse écrite puissent avoir lieu au cours des séjours, que les jeunes puissent être interviewés et ces reportages diffusés par tous les moyens et sur tous les supports.
- Autorise, en cas d'urgence, toute intervention thérapeutique ou chirurgicale nécessaire pour mon enfant, y compris l'anesthésie, qui serait décidée par un médecin et rendue nécessaire par l'état de santé de mon enfant.

Je déclare Nous déclarons exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à le.....

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



Fiche d'inscription



Séjour

Titre :

Date :/...../20..... au/...../20.....

L'Enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : M F

Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Ecole fréquentée :

Ville : Classe :

Nombre de frères : âges : Nombre de sœurs : âges :

Séjours de vacances précédents :

Année	Organisme	Lieu
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Autres informations susceptibles d'intéresser la direction du séjour ou tout souhait concernant votre enfant (légales, alimentaires, physiques, morales...) :

.....
.....
.....
.....
.....

Envoyer ce dossier **PAR LA POSTE** à :



Association PRO VITA
Maison des associations
84 rue du faubourg de Paris
59300 Valenciennes

Tél : 03.27.30.21.63
Mail : laprovita@orange.fr
Site : www.laprovita.org

Les parents

Situation familiale

mariage pacs vie maritale divorce séparation veuvage célibat

Père

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Profession :

Lieu d'exercice :

☎ :

☎ :

Mail :

Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Code Postal :

Ville :

Profession :

Lieu d'exercice :

☎ :

☎ :

Mail :

Le responsable de l'inscription

parents mère père travailleur social foyer autre :

Pour l'envoi des courriers de préparation du séjour (trousseau, invitation aux portes-ouvertes, sorties)

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

☎ : ☎ :

Mail :

En cas d'absence du responsable pendant le séjour, prévenir :

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

☎ : Mail :

Lien avec l'enfant :

Modalités de paiement

↳ Le responsable des paiements (si différent du responsable de l'inscription)

Pour toute correspondance concernant le paiement de l'inscription

Nom, Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

☎ : Mail :

↳ Pour financer le séjour, bénéficiez-vous :

	OUI	NON	Nom et ville 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"/>

↳ Frais médicaux et Couverture Maladie Universelle (CMU)

Je m'engage, au retour du séjour, à **rembourser** 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 ? OUI NON
Si OUI, envoyer une copie de votre carte d'attestation CMU avant ou au plus tard le jour du départ du séjour.

↳ Accords de paiements

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

J'effectue un premier versement, non remboursable, d'un montant de€.

Versement en : chèque bancaire mandat chèque vacances autre :

Je m'engage à verser le solde - reste à payer - :

- avant le 10 juin pour les séjours de juillet
- avant le 10 juillet pour les séjours d'août
- au plus tard un mois avant le départ (séjours d'hiver)

A le

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

.....