



Fiche d'inscription

Remplir toutes les rubriques en lettres capitales d'imprimerie.

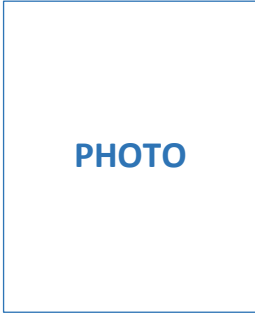
ENFANT :

NOM(S) :

PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE : /...../.....

Sexe (M/F) :



LE SÉJOUR :

Nom du séjour	Lieu de séjour	Dates
	CHAMBON SUR LAC	

RENSEIGNEMENT SUR LA FAMILLE :

Qui exerce l'autorité parentale ? Mère – Père – Tuteur(ice)

Nom(s), Prénom(s) de la mère :
.....

Adresse :

Tel. Domicile :

Tel. Travail :

Mobile :

Nom(s), Prénom(s) du père :
.....

Adresse :

Tel. Domicile :

Tel. Travail :

Mobile :

Nom(s), Prénom(s) du(de la) tuteur(trice) :
.....

Adresse :

Tel. Domicile :

Tel. Travail :

Mobile :

Si le(la) jeune est confié(e) à une institution :

Dénomination :

Adresse :

Tel. :

Personne à contacter :

REGLEMENT :

CALCUL DU COÛT DU SÉJOUR	
Prix du séjour choisi + Transport	=
1 ^{ER} VERSEMENT DU SÉJOUR	
Acompte de 30 % (du prix total du séjour) → à régler à la réservation	=
SOLDE DU SÉJOUR À régler au plus tard avant le départ	
Soit 70 % du prix total du séjour	=

PAIEMENT PAR (entourer la mention choisie) :

CHÈQUE - CHÈQUES-VACANCES - ESPECES

Libeller les chèques à l'ordre de la Ligue de l'enseignement 63.

Ci-joint un acompte d'un montant de..... €

correspondant à l'acompte de 30 % de la valeur globale du séjour choisi (transport inclus), plus, le cas échéant, le montant total de la garantie annulation optionnelle.

Je m'engage à régler le solde, au plus tard et sans rappel de notre part, avant le début du séjour. Si je réserve moins de 15 jours avant le début du séjour, je joins le paiement total du séjour.

Garantie annulation optionnelle : OUI – NON



AIDES AU DEPART – FACILITATION DE PAIEMENT :

Les familles rencontrant des difficultés financières ne doivent pas hésiter à nous contacter afin d'étudier, en fonction des différentes aides possibles, un échéancier particulier de paiement adapté dans le temps et à chaque cas.

Des **aides au départ** peuvent être accordées par la **Caisse d'Allocations Familiales (CAF)** et la **Jeunesse Plein Air (JPA)**

Nous sommes à l'écoute de tous pour faciliter le départ du plus grand nombre possible d'enfants.

DROIT A L'IMAGE :

Durant son séjour, votre enfant est susceptible d'être photographié. Ces photos peuvent servir à illustrer le séjour dans nos brochures Ligue de l'enseignement et notre site Internet.

Si vous ne souhaitez pas que votre enfant soit photographié, merci de cocher : NON, je ne souhaite pas que mon enfant soit photographié.

Je soussigné(e)....., mère, père, tuteur(ice), atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire l'enfant dont le nom et le prénom figurent au recto et l'autorise à participer, sous ma responsabilité, au séjour indiqué.

Je certifie par la présente, avoir pris connaissance des conditions générales régissant les séjours Ligue de l'enseignement et des conditions de la garantie annulation figurant sur la plaquette en ma possession, et y souscris dans leur intégralité.

Le :

à :

Signature :

La fiche d'inscription ainsi que la fiche sanitaire de liaison doivent être retournées par mail ou par courrier :

LIGUE DE L'ENSEIGNEMENT FEDERATION DU PUY-DE-DÔME

Service Vacances – Loisirs éducatifs
31 rue Pélissier 63000 Clermont-Ferrand

[OU sejours@fal63.org](mailto:sejours@fal63.org)

Pour tout renseignement, contactez-nous :

Lucile SUDRE

RESPONSABLE D'ANIMATION

Tel. 07 66 36 11 10 Mail. sejours@fal63.org



Fiche sanitaire de liaison

Remplir toutes les rubriques en lettres capitales d'imprimerie.

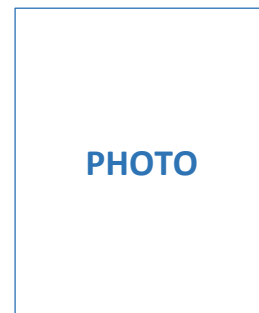
ENFANT :

NOM(S) :

PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE : /...../.....

Sexe (M/F) :



LE SÉJOUR :

Nom du séjour	Lieu de séjour	Dates
	CHAMBON SUR LAC	

RENSEIGNEMENT SUR LA FAMILLE :

Qui exerce l'autorité parentale ? Mère – Père – Tuteur(ice)

Nom(s), Prénom(s) de la mère :
.....
Adresse :
.....
Tel. Domicile :
Tel. Travail :
Mobile :

Nom(s), Prénom(s) du père :
.....
Adresse :
.....
Tel. Domicile :
Tel. Travail :
Mobile :

Nom(s), Prénom(s) du(de la) tuteur(trice) :
.....
Adresse :
.....
Tel. Domicile :
Tel. Travail :
Mobile :

Si le(la) jeune est confié(e) à une institution :
Dénomination :
Adresse :
.....
Tel. :
Personne à contacter :

Adresse de la Caisse de Sécurité Sociale dont dépend le responsable de l'enfant :

.....
.....

N° d'assuré social :

Nom(s), prénom(s) du Médecin traitant (facultatif) :

Tel. :

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? oui non

Précisez :

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun traitement ne pourra être donné sans ordonnance.

