

**FICHE D'INSCRIPTION**

(à retourner à : ALREP - 15 avenue Franklin Roosevelt - 30000 NIMES (France))

**AVRIL 2016 - SÉJOUR DE VACANCES INTERNATIONALE****MAISON FAMILIALE RURAL – SAINT HIPPOLYTE DU FORT (Gard)****Le nombre de places étant limité, ne pas tarder pour l'inscription : voir les deux possibilités ci-dessous.****ENFANT** : NOM et prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à : \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_

**Coller ici une****RESPONSABLE DE L'ENFANT** (père, mère, tuteur) :**photographie**

NOM et prénom : \_\_\_\_\_

Adresse habituelle : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

Profession du Père : \_\_\_\_\_ Profession de la Mère : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ Mutuelle : \_\_\_\_\_

Où téléphoner en cas d'urgence ? Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

**CHOIX DU SEJOUR POUR AVRIL 2016 : DATES ET TARIF :** Séjour I : sam 9 au sam 16 avril  
470 € Séjour II : sam 16 avril au sam 23 avril  
470 €**PAIEMENT DU SEJOUR CHOISI SUIVANT DEUX POSSIBILITES :** **1ère possibilité** : jusqu'au 14 mars 2016, en versant au jour de l'inscription la somme de **100 €** de réservation pour le séjour choisi, suivi du versement avant le 29 mars 2016 du solde ci-dessous : Séjour I : **370 €** Séjour II : **370 €** **2ème possibilité** : le jour de l'inscription ou pour une inscription après le 14 mars 2016 : versement de la somme totale correspondant au séjour : Séjour I : **470 €** Séjour II : **470 €** par chèque à l'ordre de ALREP     en espèces     par mandat **IMPORTANT** : déduire du paiement du séjour le montant des aides : chèques vacances, C. A. F., aides sociales, Comité d'entreprise, ..., qui seront payées directement à l'ALREP, et joindre les documents qui en indiquent l'origine : \_\_\_\_\_ et leur montant : \_\_\_\_\_ €.**REMARQUE** : les inscriptions sont reçues jusqu'en début de séjour dans la limite des places disponibles. Indiquer dès que possible si vous recevez une aide de la C. A. F. ou autres car il existe une date limite.**PAIEMENT DU TRANSPORT :** train Paris gare Lyon - gare de Nîmes + route Nîmes - Anduze, aller et retour : moins de 12 ans : **98 €** plus de 12 ans : **171 €** route Nîmes – Anduze : prix unique aller et retour : **26 €** par chèque à l'ordre de ALREP en espèce par mandat

Mon enfant arrivera en voiture avec ses parents :

- le samedi 9 avril à partir de 14 heures       le samedi 16 avril à partir de 14 heures

Mon enfant partira en voiture avec ses parents :

- le samedi 16 avril à 14 heures au plus tard.       le samedi 23 avril à 14 heures au plus tard

Le montant des diverses aides auxquelles la famille a droit est à déduire du prix total à payer. Si la somme du règlement versé par la famille et des aides versées directement à l'ALREP est supérieure au montant du séjour, la différence sera bien entendu remboursée. Les aides versées directement aux familles n'entraînent pas de déduction au montant du séjour réglé par la famille à l'ALREP.

Je soussigné \_\_\_\_\_, responsable légal de \_\_\_\_\_

autorise la direction du centre de vacances à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales ( anesthésie comprise ) en cas de nécessité.

Mon enfant a des frères et des sœurs (combien?) : \_\_\_\_\_

Il vient pour la première fois dans un centre de vacances :       OUI       NON

Si non, centres fréquentés les années précédentes : \_\_\_\_\_

Des activités qui l'intéressent : \_\_\_\_\_

Des activités qui ne l'intéressent pas : \_\_\_\_\_

Je vous décris en quelques mots comment je ressens le caractère de mon enfant : \_\_\_\_\_

Je remplirai la fiche sanitaire de liaison qui me sera adressée avec les dernières informations. Cette fiche devra être retournée soit par la poste le 29 mars 2016 au plus tard, soit dans la valise de mon enfant qui la remettra en arrivant au séjour de vacances. Si mon enfant prend des médicaments, je remettrai l'ordonnance de prescription et les médicaments à l'accompagnateur du voyage ou à l'assistant(e) sanitaire à l'arrivée au séjour de vacances. Éventuellement, à l'arrivée de mon enfant au centre de vacances, je signalerai si une information de santé est à ajouter sur la fiche sanitaire de liaison.

Adresse pendant le séjour : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

**Je m'engage : - à respecter les conditions générales et financières de l'organisation du centre,  
- à rembourser, dans les huit jours qui suivent la facturation, le montant qui aurait pu être avancé et qui concerne des frais de séjour ainsi que les frais médicaux et(ou) d'hospitalisation éventuels,  
- à régler l'adhésion 2016 (une seule par famille pour l'année civile en cours) si l'adhésion n'a pas été réglée antérieurement.**

(Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »)

Fait à : \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_