

Ou

Nom du tuteur (trice) :

Adresse complète :Tel :

Montant du paiement de la part du tuteur (trice) :€

Autres financements : Chèques vacances :€ Autres :

Assurance

Notre Assurance professionnelle, Responsabilité civile, Accident et Assistance – Rapatriement couvrent l'ensemble des participants à nos séjours.

Frais Médicaux Remboursables

Les frais médicaux de toutes natures sont, dans le cas de petites et moyennes dépenses, avancés par QUETZAL en France comme à l'étranger. Au retour, le participant s'engage à rembourser l'intégralité de ces frais dès réception de la facture. Dès règlement, l'association remettra au participant le dossier médical complet pour remboursement par la C.P.A.M et la Mutuelle. Dans le cas d'un accident, le reliquat des frais médicaux est pris en charge par notre assurance, sur envoi du décompte original de la C.P.A.M (si vous n'avez pas de mutuelle), ou du décompte original de la mutuelle et copie du décompte de la C.P.A.M. Les frais d'ambulance et/ou de secours spécifiques sont remboursés par notre assurance sur présentation du refus de prise en charge de la C.P.A.M et de la mutuelle.

Séjour écourté-rapatriement :

En cas de renvoi pour motif disciplinaire, aucun remboursement ne sera effectué. Les frais de retour et d'accompagnement seront en outre facturés au participant ou à la collectivité-l'établissement d'accueil.

AUTORISATION DU RESPONSABLE : (à remplir et à signer)

JE SOUSSIGNE (E)AGISSANT EN QUALITE
DE:AUTORISE

LE PARTICIPANT :A PRATIQUER LES ACTIVITES PROPOSEES, Y
COMPRIS CONTACTS AVEC LES ANIMAUX, BAIGNADE, SAUF CONTRE INDICATION DUMENT
MENTIONNEE DANS UN DES CADRES DE RENSEIGNEMENT IMPORTANT OU MEDICAUX.

JE DECLARE AUTORISER LE RESPONSABLE DU SEJOUR A FAIRE PRATIQUER LES ACTES
MEDICAUX OU CHIRURGICAUX JUGES INDISPENSABLES PAR LE MEDECIN.

FAIT A :LE:SIGNATURE



Bourgogne Côte d'Or
4 Rue du Dessus
21400 Chemin d' Aisey

**DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOUR
« Vacances en Pays Châtillonnais à Coulmier le Sec »**

Amplitude d'accueil : du Samedi 03 au Samedi 24 Août 2019

Nom :
Prénom :
Établissement :
.....
N° Tél :

