

## 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)

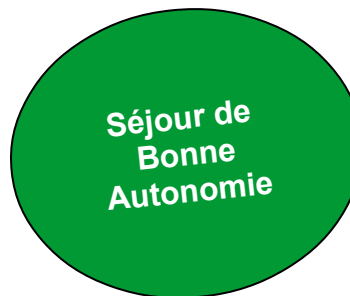
JE SOUSSIGNE (E) .....AGISSANT EN QUALITE

DE: .....AUTORISE

LE PARTICIPANT : .....A PRATIQUER LES ACTIVITES PROPOSEES, Y COMPRIS CONTACTS AVEC LES ANIMAUX, BAINADE, 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



**SCOP ARL**  
**A capital Variable**  
4 Rue du Dessus  
21400 Chemin d'Aisey  
03.80.91.02.19  
[assoquetzal@orange.fr](mailto:assoquetzal@orange.fr)  
**SIRET : 444 892 764 000 36**  
**APE/ NAF : 9329Z**

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**Fêtes de fin d'année**  
**A Morey Saint Denis**

Amplitude d'accueil : du samedi 19 décembre 2020 au samedi 02 janvier 2021

Nom : .....

Prénom : .....

Établissement : .....

.....

N° Tél : .....

