

**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 :**

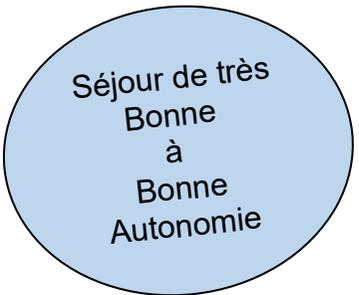
En cas de renvoi pour motif disciplinaire, aucun remboursement ne sera effectué. Les frais de retour et d'accompagnement seront en outre facturés au participant ou à la collectivité-l'établissement d'accueil.

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, BAINNADE, 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  
 03.80.93.29.25  
[assoquetzal@orange.fr](mailto:assoquetzal@orange.fr)  
**SIRET : 444 892 764 000 36**  
**APE/ NAF : 9329Z**

**DOSSIER D'INSCRIPTION**  
**« Thalasso Bien Être »**

**Amplitude d'accueil : du Lundi 26 au Vendredi 30 Avril 2021**

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

**Le participant :**

Nom : .....Prénom : .....

Sexe : masculin  féminin

Date & lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : .....Ville : .....

Téléphone fixe : .....Portable : .....

Adresse mail : .....

N° sécurité sociale : / \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ / \_ \_ \_ /

Adresse du Centre payeur : .....

Adhères-vous à une mutuelle ? Si oui laquelle : .....

**Inscription :**

du Lundi 26 au Vendredi 30 Avril 2021 985,00 €

Fond de garantie annulation 3,14 % du coût total du séjour (facultatif).....€

**Voir modalité sur le catalogue**

Frais de dossier : 10€

Montant de l'acompte (30% du règlement).....€

**Prix total du règlement : .....€**

Argent de poche pour le séjour : chèque  espèce  virement   
Merci de préciser la somme :.....€

(Par chèque et virement merci de préciser le nom de la personne et le libellé et attention au virement en double)

Adresse précise du lieu de départ de la personne le : .....

Adresse précise du lieu de retour de la personne le : .....

**Établissement fréquenté et adresse :**

Nom de l'établissement : .....

Adresse : .....Code Postal : .....Ville : .....

Dates de fermeture de l'établissement : .....

Une permanence est-elle assurée : OUI ( ) NON ( )

Si oui, jours et heures : .....

Nom de la personne référente : .....Tel : .....

IMPORTANT : qui prévenir en cas d'urgence ?

Famille ( ) Famille d'accueil ( ) Établissement ( ) Responsable légal ( )

Nom : .....Tel : .....

Adresse : .....Code postal : .....Ville : .....

**Renseignement concernant le financement du séjour :**

Nom de l'organisme payeur : .....

Adresse de l'organisme : .....Tel : .....

Personne référente (au sein de l'organisme) : .....

Montant du paiement de la part de l'organisme payeur : .....€