

A L R E P

Association nationale et internationale de Loisirs, de Rencontres et d'Education pour les enfants et adolescents Précoces
agrée de Jeunesse et d'Education Populaire par le Ministère de la Ville, de la Jeunesse et les Sports
et agrée Complémentaire de l'Enseignement Public par le Ministère de l'Education Nationale

FICHE D'INSCRIPTION

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

AVRIL 2017 - SEJOURS DE VACANCES INTERNATIONAUX

MAISON FAMILIALE RURAL – SAINT HIPPOLYTE DU FORT (Gard)

Le nombre des places étant limité, faire l'inscription dès que possible : voir les deux possibilités ci-dessous

ENFANT : NOM et prénom _____ Coller ici une
Né(e) le : _____ à : _____ Nationalité _____
RESPONSABLE DE L'ENFANT (père, mère, tuteur) : _____ photographie
Nom et prénom : _____
Adresse habituelle : _____
Code postal : _____ Ville : _____ Tél. : _____
Profession du Père : _____ Mère : _____
Adresse pendant le séjour : _____
Où téléphoner en cas d'urgence ? Nom : _____
Téléphone : _____ Ville _____
N° de Sécurité Sociale : _____ Mutuelle : _____
Provenance des aides aux vacances : _____ Montant total des aides : _____

DEUX POSSIBILITES POUR LE CHOIX DU SEJOUR : DATES ET TARIFS :

- Séjour I : sam 8 au sam 15 avril 480 € Séjour II : sam 15 au sam 22 avril 480 €

PAIEMENT DU SEJOUR CHOISI AVEC DEUX POSSIBILITES :

- 1ère possibilité** : nous versons ce jour d'inscription avant le 26 février 2017 la somme de 100 (cent) euros de réservation, et nous verserons avant le 26 mars 2017 le solde indiqué ci-après :

- Séjour I : 380 € Séjour II : 380 €

- 2ème possibilité** : nous versons ce jour d'inscription la somme complète correspondant au séjour choisi et indiquée ci-après :

- Séjour I : 480 € Séjour II : 480 €

- par chèque à l'ordre de A.L.R.E.P. en espèces par mandat

- avec des chèques vacances d'un montant : _____ €

- en déduisant du paiement du séjour le montant des aides qui seront payées directement à l'ALREP et je joins le document qui indique l'origine et le montant des aides : _____ €

PAIEMENT DU TRANSPORT : par chèque à l'ordre de A.L.R.E.P. en espèces par mandat

- Train + car Paris Gare de Lyon - Nîmes - Saint Hippolyte du Fort : moins de 12 ans plus de 12 ans
aller et retour : 100 € 190 €

- Car Nîmes - Saint Hippolyte du Fort : prix unique aller et retour : 28 € .

MON ENFANT ARRIVE EN VOITURE AVEC SES PARENTS :

le samedi 8 avril à partir de 14 heures

le samedi 15 avril à partir de 14 heures

MON ENFANT PARTIRA EN VOITURE AVEC SES PARENTS :

le samedi 15 avril à 14 heures au plus tard.

le samedi 22 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 l'enfant, 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 le 30 mars 2017 au plus tard ou bien 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. Eventuellement, à l'arrivée de mon enfant au séjour de vacances, je signalerai si une information de santé est à ajouter sur la fiche sanitaire de liaison.

Remarques transport ou autre : _____

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 ou d'hospitalisation éventuels,**
- à régler l'adhésion 2017 (une par famille).**

S'il vous plaît : faire précéder la signature de la mention « **lu et approuvé** »

Fait à : _____

le _____

Signature :