**FICHE D’INSCRIPTION JLSH VERT ET VIOLET**

**A renvoyer rapidement, par mail de préférence à : *inscription.vacanciers@avl42.fr* Ou à ZA du Crêt de Mars, 42150 LA RICAMARIE**

NOM : ............................................................................................................ Prénom : ..................................................................................................... Sexe : F M

Né(e) le : .....................................................................................................

Je suis : sous tutelle  sous curatelle  sous la responsabilité de mes parents  responsable majeur 

Nom, prénom (organisme ou famille) .......................................................................................................................  ............................................................................................

Adresse : ............................................................................................................................................................ CP :.......................... Ville : .....................................................................................

# JE SUIS INSCRIT(E) PAR

NOM (établissement, parents, tuteur) : ...........................................................................................................................................................................................................

CP : ......................................... VILLE : .....................................................................  : ..................................................................................  : ......................................................... pour les établissements ou organismes, merci de préciser :

Votre nom : ................................................................................................................ Votre fonction : ........................................................................................................................

Adresse mail : ........................................................................................................ …………………………………………

**ADRESSE A LAQUELLE DOIT ETRE ENVOYEE LA FACTURE**

NOM (établissement, parents, tuteur) : ...........................................................................................................................................................................................................

Adresse : ..........................................................................................................................................................................................................................................................................................

CP : ......................................... VILLE : .....................................................................  : ..................................................................................  : ..........................................................

**Adresse mail \*** : ................................................................................................. …………………………………………

**\* La facture sera envoyée de préférence sur votre adresse mail !**

**ADRESSE A LAQUELLE DOIVENT ETRE ENVOYEES LES INFORMATIONS RELATIVES JLSH**

NOM (établissement, parents, tuteur) : ...........................................................................................................................................................................................................

Adresse : ...........................................................................................................................................................................................................................................................................................

CP : ......................................... VILLE : .....................................................................  : ..................................................................................  : .........................................................

## DATES SOUHAITES (A la demi-journée)

 **Nom de l’établissement :** ……………………………………………………………………………………………………………………….

 (Départ et retour directement dans l’établissement concerné) Sortie chaque jour de 14h00 à 18h00

(Cochez les demi-journées concernées)

###

 **03/08 04/08  05/08  06/08  07/08  08 /08 **

**10/08 11/08  12/08  13/08 14/08 15/08 **

**17/08 17/08  19/08 20/08 21/08  22/08 **

 *Il est impératif que 3 personnes d’un même établissement soient inscrites sur la même demie- journée pour que la sortie puisse avoir lieu*

|  |  |
| --- | --- |
|   | **REGLEMENT**  |
| ***Pour valider votre inscription*** : * Je bénéficie de **l’avoir** en cours à AVL
* Je joins **un chèque** (**110 € x nombre de demi- journées + adhésion annuelle 30€** pour les nouveaux inscrits)

**Le règlement peut être envoyé ultérieurement à la fiche d’inscription**  |

###  inscription.vacanciers@avl42.fr www.avl42.org  04 77 47 40 00  04 77 47 50 20

|  |  |
| --- | --- |
|   | **MEDICAL & AUTONOMIE** |
| Merci de cocher les cases :  |  |   |   |
|  **Oui**  **non**   |  |   **Oui**   | **non**  |
|  **Je suis un traitement** :    |  | Je le prends seul(e) :   |    |
|   |  |   |   |
|  **Je marche seul(e)**  |  |  |  |
| Si **non** :  Avec Aide   |   | Fauteuil (précisez)  | Déambulateur  |
|  **Je voyage en :** Fauteuil  |  Banquette  |  |

Informations utiles sur l’hydratation et/ou une collation :………………………………………………………........................………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

En cas de traitement, vous devez **impérativement** fournir **L’ORDONNANCE EN COUR DE VALIDITÉ** ainsi que le **PILULIER PREPARÉ POUR CHAQUE JOURNEE**

Indications ou contre-indication particulières ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Autres informations importantes ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....

Je certifie avoir pris connaissance de la charte de qualité du CNLTA, à laquelle adhère A.V.L., ainsi que des conditions d’inscription.

Certifié exact à : ………………….………………………………………. le : ………………….……………………………………….

Signature :

# ASSURANCE

L’assurance responsabilité civile étant obligatoire, veuillez nous communiquer :

* Le nom de votre compagnie
* L’adresse
* Votre numéro de sociétaire

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **SECURITE SOCIALE ET MUTUELLE**  |
| Nom du centre de la CPAM :  |   |   |  N° de SS :  |
| Nom de votre mutuelle :  |   |   | N° de sociétaire :  |

# EN CAS D’URGENCE

Personne à contacter en cas d’urgence : **JOIGNABLE 24H/24**

Nom ……………………………… Prénom ………………………………

Téléphone : Fixe ……………………………… Portable ………………………………

# INFORMATIONS UTILES

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

## Il serait préférable que chaque vacancier dispose d’un petit sac type avec crème solaire, change……

