**FICHE D’INSCRIPTION JLSH AN 21**

**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 ET LIEU D’ACCUEIL SOUHAITES

Je choisis mon lieu d’accueil : Accueil de 9h00 à 18h00 sur place (pas de ramassage)

 **Roanne**  **Montbrison**   **L’Horme**  **Saint Etienne**

**Oui Non Oui Non**

Du **21/12/20 au 23/12/2020**   Du **28/12/20 au 30/12/20**  

*(Possibilité de vous inscrire sur plusieurs périodes. Néanmoins en cas de forte demande nous tenterons de partager nos possibilités entre chacun d’entre vous, dans ce cas nous vous recontacterons.)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | **REGLEMENT** |

***Pour valider votre inscription*** :

* Je bénéficie de **l’avoir** en cours à AVL
* Je joins **un chèque** (**100 € x nombre de journée + adhésion annuelle 30€** pour les nouveaux inscrits)

**inscription.vacanciers@avl42.fr** [**www.avl42.org**](http://www.avl42.org) **04 77 47 40 00**  **04 77 47 50 20**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **MEDICAL** | | | | | |
| Merci de cocher les cases : | | |  |  |  |  |
| **Oui** | | | **non** |  | **Oui** | **non** |
| Je suis un traitement :  | | |  |  | Je le prends seul(e) :  |  |

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, de vente et d’assurance annulation et/ou interruption d’A.V.L.

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

Signature :

# ASSURANCE

L’assurance responsabilité 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 PARTICULIERES

|  |
| --- |
|  |

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