

Bulletin d'inscription

Je soussigné(e) père mère tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. privé : Tél. prof. :

Courriel :

Le participant

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Dépt ou Pays :

Règlement du séjour

Je verse la totalité du séjour :

Soit 9,15 € Pour l'adhésion à la Fédération (si non adhérent)

Soit€ Pour le coût du séjour (selon vos revenus)

Soit€ Pour la location de matériel (optionnel)

Total 1 :€

Je déduis et joins :

Bons CAF €

Comité d'entreprise €

Total 2 (joint à cette inscription) : €

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et y souscris dans leur intégralité.

Fait à :, Le Signature

A retourner à :

Service Jeunesse - Xavier Heslouin
Communauté de Communes du Pays de Rouffach - 2 rue de la Piscine
68250 Rouffach Tél. 03 89 78 55 96 et xavier.heslouin@mouvement-rural.org

Bulletin d'inscription

Je soussigné(e) père mère tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. privé : Tél. prof. :

Courriel :

Le participant

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

Dépt ou Pays :

Règlement du séjour

Je verse la totalité du séjour :

Soit 9,15 € Pour l'adhésion à la Fédération (si non adhérent)

Soit€ Pour le coût du séjour (selon grille tarifaire)

Soit€ Pour la location de matériel (optionnel)

Total 1 :€

Je déduis et joins :

Bons CAF €

Comité d'entreprise €

Total 2 (joint à cette inscription) : €

Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscription et y souscris dans leur intégralité.

Fait à :, Le Signature

A retourner à :

Service Jeunesse - Xavier Heslouin
Communauté de Communes du Pays de Rouffach - 2 rue de la Piscine
68250 Rouffach Tél. 03 89 78 55 96 et xavier.heslouin@mouvement-rural.org

Autorisation parentale

Je soussigné(e) Père Mère Tuteur

Nom et prénom :

N° de S.S. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Responsable légal de l'enfant

Nom et prénom :

Autorise le Directeur du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

Certifie par la présente que l'enfant a subi les vaccinations exigées par la loi et a été reconnu apte à la pratique des activités de plein-air.

Autorise mon enfant à être filmé et photographié dans le cadre des activités du séjour **OUI** **NON**

Avez-vous des recommandations complémentaires à communiquer à l'équipe d'encadrement (allergies, précautions diverses, médicaments...)?

Je m'engage à payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que les frais médicaux et d'hospitalisation éventuels.

Fait à _____, le

Signature

Autorisation parentale

Je soussigné(e) Père Mère Tuteur

Nom et prénom :

N° de S.S. |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Responsable légal de l'enfant

Nom et prénom :

Autorise le Directeur du séjour à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions des médecins.

Certifie par la présente que l'enfant a subi les vaccinations exigées par la loi et a été reconnu apte à la pratique des activités de plein-air.

Autorise mon enfant à être filmé et photographié dans le cadre des activités du séjour **OUI** **NON**

Avez-vous des recommandations complémentaires à communiquer à l'équipe d'encadrement (allergies, précautions diverses, médicaments...)?

Je m'engage à payer l'intégralité ou la part des frais de séjour m'incombant ainsi que les frais médicaux et d'hospitalisation éventuels.

Fait à _____, le

Signature