

Bulletin d'inscription Juniors

Bulletin d'inscription pouvant être photocopié (remplir en capitales, un bulletin par enfant et par séjour), à retourner : **Agospap Vacances Juniors (bureau 12), 15 rue de la Bûcherie, 75005 Paris** - accompagné de la fiche sanitaire complétée, datée et signée. Dates de dépôt des dossiers : page 7. Pour tous cas spécifiques : consultez les conditions générales de vente p. 42-43. Les dossiers incomplets seront retournés et ne seront traités qu'à réception de toutes les pièces.

► Lire impérativement la partie «santé» p. 6

Joindre à ce bulletin : la photocopie du livret de famille de l'ouvrant droit (parents + enfants)

Informations obligatoires

LE DEMANDEUR (ouvrant droit)

M. Mme Mlle

N° identifiant ou SOI (obligatoire)

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom(s) :

Situation :

Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e)

Vie maritale Célibataire Veuf(ve)

Adresse :

.....

.....

Code postal :

Ville :

Administration :

Numéros de téléphone :

Domicile :

Mobile :

Travail :

Poste :

• **Assurance annulation :**
3,90€ par enfant et par séjour
(cf. conditions générales p. 42)

assurance non remboursable si annulation
 Oui Non

• **Mode de paiement choisi :**

prélèvement bancaire
(joindre un RIB)
 paiement comptant
 paiement par carte bancaire
Il se fait à l'accueil Agospap

(cf. conditions générales p.42).

• **Autorisation de filmer ou de photographier votre enfant**  (cf. conditions générales p.42)

pour une utilisation sur les supports de communication de l'Agospap

Oui Non

Les informations demandées, sauf réponses facultatives, sont obligatoires pour l'inscription. L'Agospap reste l'unique destinataire de ces renseignements, sauf adresse et coordonnées téléphoniques qui sont transmises au prestataire. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 06/01/1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression sur les données vous concernant auprès du service Juridique (juridique@agospap.com).

L'ENFANT Garçon Fille.....

Nom

Prénom(s)

Adresse

Code postal

Ville

Date de naissance

Âge le jour du départ..... ans

Nationalité

Lien avec l'ouvrant droit

(cf. conditions générales de vente p. 42)

Responsable ayant la garde de l'enfant

Père Mère Tuteur

Autre (préciser)

En cas d'urgence, prévenir (nom, adresse, tél.) :

.....

.....

.....

Pour les séjours linguistiques, classe suivie

en 2010/2011 :

Je ne souhaite pas faire calculer mon QF par l'Agospap et je règle le prix Q1

Choix des séjours/lieu	Page	Tranche QF	Dates du séjour
<i>Exemple :</i> Le Tholy	12	Q5	du 26/02 au 03/03/12
1			du au
2			du au
3			du au

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce bulletin, accepte les conditions générales de séjour décrites dans la brochure et autorise le directeur du séjour à faire pratiquer les soins nécessaires et, en cas d'urgence, toute intervention chirurgicale sur cet enfant ; je m'engage à rembourser tous les frais rendus obligatoires pour ces soins ; je m'engage à communiquer à l'Agospap toutes les informations liées à la santé de mon enfant. **J'ai bien pris note des conditions d'annulation.**

Fait à le __/__/__

Signature (originale, pas de photocopie) du demandeur et

du responsable de l'enfant si différent, précédé de la mention manuscrite « Lu et approuvé » :

Désignation de l'organisme encaisseur (ou créancier)

Agospap, 15 rue de la Bûcherie 75005 Paris

Nom et adresse de l'établissement teneur du compte à débiter :

Agence :

Adresse :

Code postal : Ville :

Fait à : le __/__/__

Signature (originale, pas de photocopie)

du titulaire du compte à débiter (obligatoire) :

Autorisation de prélèvement N° national émetteur Banque 397 350

Prière de renvoyer cet imprimé à l'Agospap Vacances Juniors, en joignant obligatoirement un Relevé d'Identité Bancaire (R.I.B.) à agraffer en bas du bulletin d'inscription

Débiteur :

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Compte à débiter

Établissement : Guichet : N° de compte : Clé :

J'autorise l'établissement teneur de mon compte, si la situation le permet, à effectuer le prélèvement ordonné par le créancier désigné ci-dessus. En cas de litige, je pourrais en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement bancaire. Je réglerais le différend directement avec le créancier.

N'oubliez pas de joindre un RIB

Fiche sanitaire de liaison

À nous retourner avec le bulletin d'inscription.

**Remplissez cette fiche avec le plus grand soin, elle est indispensable pour un bon suivi sanitaire.
L'ensemble des informations est obligatoire et engage votre responsabilité.**

1 - ENFANT

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance :
 Fille Garçon

Tél. domicile :
Tél. travail :
Tél. portable :
Numéro de Sécurité Sociale :
Mutuelle oui non
Si oui, coordonnées :

2 - FAMILLE

N° Identifiant ou SOI :

Nom et prénom du père ou du tuteur :
Nom et prénom de la mère :
Adresse des parents ou du tuteur :

N° d'adhérent de mutuelle (obligatoire) :
Durant le séjour, adresse des parents ou du responsable légal à prévenir en cas de besoin :
Téléphone durant le séjour :

3 - VACCINATIONS

Nom et téléphone du médecin traitant de l'enfant :

• DT Polio - **date du dernier rappel** :
• **Dates récentes d'injections de sérums :**
- Antitétanique date :
- Gamma-globulines date :
- Autres sérums date :

ASTHME : oui non
Asthme : si oui traitement quotidien oui non

• L'enfant a-t-il eu des **convulsions** ? oui non
• Autres difficultés de santé rencontrées (maladies, hospitalisations, rééducations) en précisant les dates et **les précautions à prendre** :

4 - RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

Rubéole oui non
Scarlatine oui non
Varicelle oui non
Rhumatismes oui non
Coqueluche oui non
Angines oui non
Rougeole oui non
Otitites oui non
Oreillons oui non

ALLERGIES :

Médicamenteuses oui non

Alimentaires oui non

Autres :

Préciser les causes de l'allergie et la conduite à tenir (si automédication, le signaler)

• L'enfant suit-il un **traitement médical** ? oui non
Si oui, au départ du séjour ou dans la valise de l'enfant, joindre une ordonnance en cours de validité et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice). Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

• L'enfant mouille-t-il son lit ? oui non occasionnellement
Interventions chirurgicales (préciser les dates) :

5 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez :

6 - Autorisation à remplir par les parents ou le tuteur

Je soussigné : Responsable légal de :

Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales, transfusions) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Fait à : Le ___/___/___

Signature