

Photo
de
l'enfant

Titre du séjour choisi :

Deuxième choix de séjour : (facultatif)

Dossier à retourner à : **CAPSULE**
6 Boulevard Jean Jaurès
92100 Boulogne-Billancourt (Tél. 04 50 39 57 97)

Votre choix des dates (consultez-nous concernant les disponibilités)

Premier choix de dates : Du : ___/___/___ Au : ___/___/___
Deuxième choix de dates : Du : ___/___/___ Au : ___/___/___

Possibilité de séjours de 7, 12
ou 14 jours, voir notre
brochure : www.cabrioles.com

L'enfant concerné

NOM : _____ **Prénom :** _____ **Né le :** ___/___/___ **Sexe :** M F

Son adresse : _____ **Code postal :** _____

Ville : _____ **Téléphone :** _____

Renseignements concernant les parents ou le tuteur légal

NOM et Prénom du père ou tuteur légal : _____ **N° de portable :** _____

Mail : _____ **N° de SS :** _____ / _____ **Téléphone :** _____

Téléphone du travail : _____ **Situation familiale :** _____

NOM et Prénom de la mère : _____ **N° de portable :** _____

Mail : _____ **N° de SS :** _____ / _____ **Téléphone :** _____

Téléphone du travail : _____ **Situation familiale :** _____

Concernant le suivi de votre enfant

Nombre de frères et sœurs : _____ **Suit-il un régime particulier ?** OUI NON **Si oui, lequel ?** _____

_____ **A-t-il déjà participé à un séjour ?** OUI NON

Coordonnées complète de votre médecin de famille : _____

Tél. _____

Comment votre enfant vient-il et repart-il des Cabrioles ?

Vous utilisez le Service voyage organisé ? **A l'aller :** OUI NON **au retour :** OUI NON

Ville de départ : PARIS – LYON **Ville de retour :** PARIS – LYON (**rayez les mentions inutiles**)

Quelques précisions sur votre enfant ...

Quels sont ses sports et ses loisirs préférés ? _____

L'enfant mouille-t-il son lit ? Oui Non Occasionnellement

Sa taille : Sait-il nager ? A-t-il des connaissances en secourisme ?

Vous souhaitez rajouter quelque chose :

Autorisation parentale et inscription**Autorisation parentale :**

- Je, soussigné, (prénom et nom) : _____, déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable du séjour, le cas échéant, à prendre toute mesure rendue indispensable par l'état de santé de mon enfant (traitement médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales, anesthésie, ...).
- J'ai pris bonne note qu'en cas d'intervention du médecin, le responsable du séjour avancerait les frais médicaux que je m'engage à lui rembourser dès réception de facture. Je recevrai en retour les feuilles de soin de la Sécurité sociale.
- J'atteste avoir lu et accepté pleinement le règlement intérieur et les conditions générales
- Je joints à ce dossier :
 - **La fiche sanitaire de liaison** dûment remplie
 - Mon règlement* de 50% du prix du séjour que je m'engage à solder **un mois** avant le départ.

Pour inscription,

Fait à : _____ le : ___ / ___ / _____,

Signature des parents ou de la personne

Exerçant l'autorité parentale :

*** Concernant votre règlement :**

Nous acceptons les chèques vacances **ANCV**. Les chèques doivent être établis à l'ordre de **CAPSULE SARL**. Si vous rencontrez des difficultés, vous pouvez joindre à ce dossier trois chèques annotés des dates d'encaissement souhaitées.

Pour toute inscription intervenant après le **15 juin**, la **totalité du prix du séjour**, frais de voyages inclus, doit être versée à l'inscription.

Capsule – Chalet les **Cabrioles**

6, Bd Jean Jaurès – 92100 Boulogne-Billancourt

Tél. 04 50 39 57 97 – fax : 04 50 39 57 63 – mail : contact@cabrioles.com - Site : www.cabrioles.com