



Réf. Dossier : .....

Réservation : .....

Inscription : .....

Convocation : .....

## INSCRIPTION VACANCES JUNIORS

Nom du Séjour .....

Lieu : .....

Dates : .....

### TRANSPORT

**Indiquer le lieu de départ et de retour souhaité**

(Voir lieux indiqués sur la fiche descriptive du séjour) :

.....

### PARTICIPANT

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Age (au 1<sup>er</sup> jour du séjour) : ..... ans - Sexe : .....

Ets scolaire : .....

Souhaite partager la chambre avec (pas de mixité possible) : .....

**Informations obligatoires pour les séjours SKI - Pour Chamonix préciser Option Hip Hop\***  oui  non

Niveau de ski\* Débutant  | Piste bleue  | Piste rouge  | Piste noire

Taille : ..... | Poids : ..... | Pointure : ..... | Tour de tête : .....

**PHOTO  
A FIXER ICI**

### RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

Lien de parenté\* : Mère - Père - Tuteur      Situation familiale\* : Marié(e) - Divorcé(e) - Célibataire - Vie maritale - Pacsé(e) - Veuf(ve)

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Profession Mère : ..... Profession Père : .....

Tél. Domicile : ..... Tél. Travail : ..... Tél. Portable : .....

Email :       A compléter si vous souhaitez recevoir les documents par mail

Si l'enfant vit en famille d'accueil \* Coordonnées de la famille d'accueil

ou si vous devez vous absenter durant le séjour \* Coordonnées où vous serez joignable

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Tél. Portable : .....

Tél. Domicile : ..... Adresse Mail : .....

Souhaitez-vous recevoir tous les documents relatifs à ce séjour par email\* (confirmation d'inscription, convocation) ? Oui

### SANTE - FRAIS MEDICAUX

L'enfant est-il bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ? \*

OUI ➔ Joindre obligatoirement une copie de votre attestation CMU

NON ➔ Joindre obligatoirement une copie de votre attestation de droits à l'Assurance Maladie

**Attention :** La photocopie de la Carte Vitale et les copies d'écran n'ont pas valeur d'attestation.

Vous pouvez en demander un exemplaire auprès de votre caisse d'Assurance Maladie.

L'ODCV assure le règlement des frais médicaux éventuellement nécessaire pendant le séjour (médecin, médicaments...). Vous recevrez alors une facture des frais que nous avons engagés. Après règlement de cette facture à l'ODCV, nous vous adresserons les feuilles de soins et ordonnances nécessaires au remboursement par votre organisme de Sécurité Sociale. En cas d'accident seulement, notre assurance (MAIF) assurera le versement du complément resté à votre charge (la perte de lunettes non comprise) ➔ Voir le document "Conditions Générales de Ventes des Séjours Enfants/Jeunes".

\* Case à cocher ou Mentions à rayer

Tournez SVP ➔

## PROCURATION

Dans certains cas, afin de nous permettre d'obtenir de votre caisse le remboursement des frais, il est indispensable que la personne assurant la protection sociale de l'enfant complète la procuration ci-dessous.

Je soussigné(e), Mme, Mlle, M\* ..... Père / Mère / Tuteur \*  
donne délégation à l'ODCV Corrèze, en application des dispositions de l'article R 362-1 du code de la Sécurité Sociale, pour l'encaissement des prestations dues en remboursement des soins que pourrait nécessiter l'état de l'enfant inscrit sur cette fiche. Pendant le séjour désigné au recto, l'ODCV assure la garde effective de mon enfant et a reçu mon autorisation pour lui faire dispenser tous les soins que pourrait nécessiter son état.

Immatriculé(e) à la Sécurité Sociale sous le numéro : ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | ..... | .....

Coordonnées de votre CPAM : .....

Coordonnées de votre MUTUELLE : .....

## AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné, Mme, Mlle, M\* ..... Père / Mère / Tuteur \*  
Responsable légal de l'enfant désigné sur au recto de cette fiche,

- atteste sur l'honneur avoir l'autorité nécessaire pour inscrire l'enfant dont le nom et prénom figure au recto et l'autorise à participer sous ma responsabilité à ce séjour.
- autorise le Directeur du Centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence suivant les prescriptions du Médecin, avec autorisation d'anesthésie si nécessaire.
- m'engage à payer la part des frais médicaux, hospitalisation et opération éventuels non remboursés par la Sécurité Sociale ou l'assurance.
- m'engage à prendre à ma charge les frais occasionnés par un retour individuel de mon enfant à mon domicile, ainsi que les frais d'accompagnement d'un animateur, en cas de renvoi pour inadaptation.
- autorise l'ODCV à effectuer des prises de vues de mon enfant lors de son séjour en centre de vacances et à utiliser, à des fins de communication et de diffusion, tout ou partie des enregistrements ou produits multimédias qui en seraient issus.
- reconnaît avoir pris connaissance et accepter tous les termes de la note ci-dessus et des conditions générales de ventes des séjours vacances Juniors.

## PARTICIPATIONS

Montant(s)

- Comité d'entreprise : ..... €  
 Autres : ..... €

## Pour tous les enfants corréziens, BONS VACANCES DU CONSEIL GENERAL DE LA CORREZE

J'atteste sur l'honneur avoir déclaré ci-dessus toutes les participations dont je peux bénéficier. Je m'engage à fournir les attestations originales de ces participations pour déduction sur le montant total du séjour. J'accepte les conditions d'aides aux vacances du Conseil Général de la Corrèze et souhaite bénéficier du bon Vacances ; je demande à l'ODCV de procéder à son calcul et à sa commande auprès du Conseil Général.

## REGLEMENT

Mode de règlement \* chèque – espèces – chèques vacances – carte bancaire (sur place à Tulle ou par téléphone)

✓ **ACOMPTE obligatoire à l'inscription** : ..... €  
(20 % du prix du séjour)

**ASSURANCE ANNULATION** : Je reconnais avoir pris connaissance des conditions d'octroi de cette garantie et souhaite y souscrire.  
Je règle la somme de ..... € (3.5 % du prix total du séjour, hors réduction).

✓ **SOLDE**  Je souhaite payer le solde à ma charge en ..... fois

Signature du responsable légal précédée de la mention "Lu et approuvé, bon pour attestations et autorisations"  
et/ou cachet de l'institution responsable de l'inscription

Fait à ..... le.....

**A retourner à : ODCV 19** - 17 av. Winston Churchill - BP157 - 19004 TULLE Cedex  
Tél : 05 55 20 01 04 | Fax : 05 55 20 91 17 | Email : [odcv@odcv.com](mailto:odcv@odcv.com) | Web : [www.odcv.com](http://www.odcv.com)

- Souhaitez-vous recevoir nos brochures dès leur parution ? Oui   
- Souhaitez-vous être convoqué(e) à l'Assemblée Générale de l'ODCV ? Oui