



# INSCRIPTION COLO APPRENANTES

## SEJOUR

II

Lieu : . . Espace 1000 Sources – Bugeat (19)

Dates : du dimanche 19 décembre au jeudi 23 décembre 2021



..... Réf. Dossier : .....

..... Réservation : .....

..... Inscription : .....

..... Convocation : .....

## TRANSPORT

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

(selon les lieux indiqués sur la fiche descriptive du séjour) :

.....  
**Transport à compléter**

## 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) : .....

**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 :

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

Si l'enfant vit en famille d'accueil \* Coordonnées de(s) la famille(s) d'accueil à l'inscription et/ou lors du séjour

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

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

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

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

Email :

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 en cours de validité pour le séjour.

NON    ➔ Joindre **obligatoirement** la copie de votre attestation de droits à l'Assurance Maladie en cours de validité pour le séjour.

**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

## 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 (*nom, prénom*).  
..... 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.
- reconnaît avoir pris connaissance et accepter tous les termes de la note ci-dessus et des conditions générales de ventes des séjours vacances Juniors.

## Droit à l'image

- autorise l'ODCV à effectuer des prises de vues et de voix sur support photographique, vidéo et informatique 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.
- n'autorise pas l'ODCV à effectuer des prises de vues et de voix sur support photographique, vidéo et informatique de mon enfant lors de son séjour en centre de vacances

Fait à ..... le.....

**Signatures** du/des responsable(s) légal(aux) précédée(s) de la mention "Lu et approuvé, bon pour attestations et autorisations"

**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

\* Case à cocher ou Mentions à rayer