

**DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOURS VALSONNE 2018**

**A remplir en majuscules au stylo noir et à renvoyer au siège :**

**GRILLONS ET CIGALES 1 rue du Docteur RAFIN 69009 LYON**

(Cocher la case souhaitée)

SEMAINE 29 : du samedi 14 juillet au samedi 21 juillet

SEMAINE 30 : du samedi 21 juillet au samedi 28 juillet

SEMAINE 31 : du samedi 28 juillet au samedi 4 août

SEMAINE 32 : du samedi 4 août au samedi 11 août

SEMAINE 33 : du samedi 11 août au samedi 18 août

SEMAINE 34 : du samedi 18 août au samedi 25 août

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**DATE DE NAISSANCE :** ..... Masculin  Féminin

**ADRESSE :** .....

**PORTABLE :** ..... Profession : .....

**ANCIENNETE GRILLONS ET CIGALES :**  2017  2016  2015

Situation de famille : mariés  divorcés  veuf(ve)  vie maritale  célibataire

**REPRESENTANT LEGAL :**  OUI  NON

**Si la réponse est oui : NOM – ADRESSE du tuteur ou curateur :** .....

**TELEPHONE :** ..... **PORTABLE :** .....

**PERSONNE A CONTACTER PENDANT LE SEJOUR, à prévenir en cas D'URGENCE :**

**NOM – PRENOM :** ..... **TELEPHONE**.....

**NOM DE L'ETABLISSEMENT FREQUENTE :** .....

**TEL :** ..... **NOM AS :** .....

**A compléter par la mention «Lu et Approuvé » et à signer par les parents ou le responsable légal :**

1. «J'atteste sur l'honneur avoir fourni l'intégralité des renseignements demandés sur ce dossier et leur exactitude »
2. «Je m'engage à signaler à l'Association toute modification, concernant les renseignements administratifs et médicaux

**Signature :** précédée de la mention « Lu et approuvé » .....

**Date :**

**2 - FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ( première inscription)**

NOM : ..... PRENOM : .....

1. **DEPLACEMENT** : SEUL   
AVEC DE L'AIDE

2. **AUTONOMIE** :

- |                 |             |                              |                              |
|-----------------|-------------|------------------------------|------------------------------|
| - REPAS         | Seul :      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
|                 | Avec aide : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - TOILETTE :    | Seul :      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
|                 | Avec aide : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| - HABILLEMENT : | Seul :      | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
|                 | Avec aide : | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

Autres informations utiles au bon déroulement du séjour :

3. **REGIME ALIMENTAIRE** :

- Uniquement les régimes médicalement justifiés : OUI  NON   
(Joindre obligatoirement l'ordonnance)

4. **TRAITEMENT MEDICAL REGULIER (préciser nom – dose – fréquence)** : OUI  NON

**Oral** :

.....  
.....  
.....

**Oculaire** :

.....  
.....  
.....

**Injectable** : (en cas de stylo auto injectable un mode d'emploi devra être **impérativement fourni**)

.....

**Autre** :

.....  
.....

En cas de traitement médical, vous devez **obligatoirement** arriver avec :

- **1 semainier**
- **L'ordonnance à jour**
- **Vos médicaments pour la totalité du séjour.**

# Grillons et Cigales

Centre Pour Jeunes Déficients Visuels

## 3 : VOTRE VOYAGE

NOM : ..... PRENOM : .....

<b>Aller</b>	<input type="checkbox"/> Vous arrivez directement à l'Etablissement de VALSONNE
	<input type="checkbox"/> Vous arrivez à la gare de <b>TARARE</b>
<b>Retour</b>	<input type="checkbox"/> Vous partez directement de l'Etablissement de VALSONNE
	<input type="checkbox"/> Vous partez de la gare de <b>TARARE</b>

Pour le changement de gare : contacter **ACCES PLUS 0 890 640 650** ou sur INTERNET : accesplus.sncf.com

## 4 : REGLEMENT DU SEJOUR DE VACANCES

- ✓ Coût du séjour d' 1 semaine : ..... 360 €
- ✓ Coût du séjour de 2 semaines : ..... 720 €
- ✓ Coût du séjour de 3 semaines : ..... 1080 €
- ✓ Coût du séjour de 4 semaines : ..... 1 440 €

**Activités incluses sauf GRANDE SORTIE et les repas pris au restaurant.**

Nous vous demandons de faire 2 chèques à joindre à ce dossier :

- 1 chèque de 20 % d'arrhes qui sera encaissé en avril 2018, soit la somme de :.....€
- 1 chèque de solde qui sera encaissé au début du séjour, soit la somme de :.....€

OU :

Virement bancaire sur le compte CREDIT MUTUEL en date du : .....(à faire avant le séjour)

**BIC** : CMCIFR2A **IBAN** : FR76 1027 8073 1200 0203 9810 182

Les chèques VACANCES sont acceptés.

**En cas d'annulation d'un séjour après inscription, les arrhes resteront la propriété de GRILLONS ET CIGALES.**

**AGRAFER VOS CHEQUES ICI (pour éviter toute perte). MERCI**

**INFORMATIONS IMPORTANTES :**

La maison de Valsonne dispose d'un coffre. Nous vous invitons à déposer vos billets de train, argent de poches, objets de valeur auprès de la direction. Nous ne pouvons garantir tous les effets personnels conservés dans les chambres.

## **AUTORISATION D'HOSPITALISATION 2018**

Je soussigné(e) : .....

Domicilié(e) : .....

Né(e) le : .....

Autorise la Direction de l'Association GRILLONS ET CIGALES située VALSONNE 69170 à faire appliquer pendant la durée du séjour :

- les traitements médicaux, paramédicaux jugés nécessaires,
- à procéder aux hospitalisations nécessaires, y compris en mon absence,
- à faire pratiquer les interventions chirurgicales urgentes et non urgentes et les anesthésies nécessaires aux soins chirurgicaux,
- à effectuer la sortie de l'hôpital après mon séjour hospitalier.

Fait à ....., le .....2018.....

**SIGNATURE du responsable légal** (précédée de « Lu et approuvé »)

## **AUTORISATION DE DIFFUSION D'IMAGES**

Je soussigné(e) : .....

- autorise

- n'autorise pas

L'Association GRILLONS ET CIGALES à utiliser des photos et des vidéos avec ma présence dans le cadre de la communication qui sera faite sur les séjours (journal, plaquette, films, CD ...)

Fait à..... le .....2018.....

**SIGNATURE** (précédée de "Lu et approuvé")