

DOSSIER D'INSCRIPTION SEJOURS VALSONNE 2019

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 13 juillet au samedi 20 juillet
- SEMAINE 30 : du samedi 20 juillet au samedi 27 juillet
- SEMAINE 31 : du samedi 27 juillet au samedi 3 août
- SEMAINE 32 : du samedi 3 août au samedi 10 août
- SEMAINE 33 : du samedi 10 août au samedi 17 août
- SEMAINE 34 : du samedi 17 août au samedi 24 août

NOM : **PRENOM :**

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

ADRESSE :

PORTABLE : **Profession :**

ANCIENNETE GRILLONS ET CIGALES : 2017 2018

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 :

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

ATTENTION : Pour une arrivée à LYON PART DIEU supplément 30€

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

Dans la mesure du possible, les départs se feront le matin

4 : REGLEMENT DU SEJOUR DE VACANCES

✓ Coût du séjour d' 1 semaine : 490 €

✓ Coût du séjour de 2 semaines : 980 €

✓ Coût du séjour de 3 semaines : 1470 €

✓ Coût du séjour de 4 semaines : 1960 €

SUPPLEMENT CHAMBRE INDIVIDUELLE (selon disponibilité). 35 €

Activités incluses, consommations et 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 2019, 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

Merci de noter le numéro de la facture lors du virement.

Les chèques VACANCES sont acceptés.

En cas d'annulation d'un séjour après inscription, l'acompte ne sera pas retourné.

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 poche, objets de valeur auprès de la direction. Nous ne pouvons garantir tous les effets personnels conservés dans les chambres.

AUTORISATION D'HOSPITALISATION 2019

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, le2019.....

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..... le2019

SIGNATURE (précédée de "Lu et approuvé")