

**DOSSIER D'INSCRIPTION SENIORS
SEJOURS VALSONNE 2015**

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 1 : du dimanche 2 août au dimanche 9 août
 SEMAINE 2 : du dimanche 9 août au dimanche 16 août
 SEMAINE 3 : du dimanche 16 août au dimanche 23 août
 SEMAINE 4 : du dimanche 23 août au dimanche 30 août

NOM : **PRENOM :**

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

ADRESSE :
.....
.....

TELEPHONE : **PORTABLE :**

E-MAIL :

Profession :

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

Représentant légal, curateur : OUI NON

Si la réponse est oui : NOM – ADRESSE :

TELEPHONE : **PORTABLE :**

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

NOM – PRENOM : **TELEPHONE**.....

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 :

Grillons et Cigales

Centre Pour Jeunes Déficients Visuels

FICHE DE CONNAISSANCE

Pour nous permettre, dès le début, de bien vous connaître, merci de répondre aux questions suivantes :

NOM : **PRENOM :**

- **VISION :** ŒIL DROIT : ŒIL GAUCHE :

Port de LUNETTES : OUI NON

Port de LENTILLES : OUI NON

Port de PROTHESES : OUI NON

- **AUDITION :** normale ? : OUI NON

Etes-vous appareillé ? : OUI NON

- **DEPLACEMENT :** SEUL
AVEC DE L'AIDE

- **AUTONOMIE :**

- REPAS Seul : OUI NON

Avec aide : OUI NON

- TOILETTE : Seul : OUI NON

Avec aide : OUI NON

- HABILLEMENT : Seul : OUI NON

Avec aide : OUI NON

- **REGIME ALIMENTAIRE :** OUI NON

- **TRAITEMENT MEDICAL REGULIER :** OUI NON

En cas de traitement médical, vous devez arriver avec vos médicaments pour la durée du séjour.

Grillons et Cigales

Centre Pour Jeunes Déficients Visuels

3 : TRANSPORT

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

4 : REGLEMENT DU SEJOUR DE VACANCES

- ✓ Coût du séjour d'1 semaine : 280 €
- ✓ Coût du séjour de 2 semaines : 560 €
- ✓ Coût du séjour de 3 semaines : 840 €
- ✓ Coût du séjour de 4 semaines : 1120 €

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

- 1 chèque de 20 % d'arrhes qui sera encaissé en avril 2015, soit la somme de :€
- 1 chèque de solde **qui sera encaissé au début du séjour**, soit la somme de :€

Les chèques VACANCES sont acceptés.

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

AGRAPHER VOS CHEQUES ICI (pour éviter toute perte). MERCI

AUTORISATION D'HOSPITALISATION 2015

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, le20.....

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, inscrit dans l'établissement de VALSONNE dans le cadre de la communication qui sera faite sur les séjours (journal, plaquette, films, CD ...)

Fait à..... le20.....

SIGNATURE (précédée de "Lu et approuvé")