



Centres de Loisirs Basse-Normandie
11 rue Jean Romain - 14000 CAEN
Tel. 02.31.86.66.00 - Mail : clbn@wanadoo

OBLIGATOIRE

Coller une photo
d'identité récente

VACANCES ADAPTEES

Fiche d'inscription

• **SEJOUR CHOISI** : Dates du au

• PARTICIPANT

NOM..... Prénom :
Né(e) le Age Nationalité Sexe : F M
Adresse :
Code postal Ville :
Etablissement fréquenté durant l'année.....
Nom de la personne référente.....

• AUTRE RENSEIGNEMENTS Personnes s'occupant de l'inscription :

Nom.....Prénom.....Tél

• TUTELLE

Le participant est-il sous tutelle OUI NON Celle-ci est assurée par

• CONVOCATION

Nom.....Prénom.....
Adresse.....
Code postal.....Ville.....
Tél : Mail :

• FACTURATION :

Nom.....Prénom.....
Adresse.....
Code postal.....Ville.....
Tél : Mail :

Envoi de la facture : Mail Courrier postal

• QUI PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

NOM : Tél :

Durant les week-ends, soirées et jours fériés :

NOM : Tél :

• LE VOYAGE : Transport souhaité (voir départs proposés sur le catalogue)

Lieu de départ Retour.....

Possibilité d'un accueil à la Gare SNCF de Caen. Nous contacter pour plus d'information

Si transport en taxi ou ambulance, merci de nous transmettre les coordonnées (Nom, téléphone,) :

• Facture

Assurance annulation (voir conditions dans notre brochure)

Contrat annulation Ou Contrat annulation + interruption

Numéro de contrat (réservé CLBN)

Prix du séjour	€	A l'inscription versement obligatoire
Adhésion (par famille)	€	de l'acompte de 30% du séjour, de
Assurance Annulation (option)	€	l'adhésion et de l'assurance
TOTAL	€	annulation

■ Je joins la somme de € reste dû €

■ Le financement du séjour s'effectuera (éventuellement) par des aides vacances (à préciser):

.....
■ Le solde sera à régler à l'Association 21 jours avant le départ

Je soussigné(e), M./Mme, agissant en qualité de

• Certifie avoir pris connaissance des conditions générales de vente et particulières d'inscription de l'Association CLBN.

• J'autorise la direction du centre de vacances à faire soigner le participant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales, en cas de nécessité. (Anesthésie comprise en cas de nécessité)

• Accepte de payer l'intégralité ou la part des frais de séjour incombant ainsi que les frais médicaux ou d'hospitalisation éventuels

• j'autorise l'Association à utiliser éventuellement les photos du participant prises au cours du séjour pour la publication de la brochure et du site internet de l'Association

Merci de joindre les photocopies :

- Carte d'identité - Carte vitale - Carte mutuel - Carte d'invalidité

Fait à : Le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Dans le cadre de la gestion de ses adhérents, l'association est amenée à collecter les données personnelles (ex : nom, prénom, adresses, numéro de téléphone...). Elles font l'objet d'un traitement dont les responsables sont Mme CAHARD Sandra, responsable administrative et comptable, Mme MOULIN Isabelle, coordinatrice, et Mme SOUDIER Athénaïs, secrétaire.

Ces données personnelles ne seront traitées ou utilisées que dans la mesure où cela est nécessaire pour l'exécution du séjour ou répondre à une obligation légale et/ou réglementaire. Les informations personnelles de l'adhérent seront conservées aussi longtemps que nécessaire, à l'accomplissement par l'association de ses obligations légales et réglementaires et à l'exercice des prérogatives lui étant reconnues par la loi et la jurisprudence.

Pendant toute la durée de conservation des données personnelles, l'association met en place tous les moyens aptes à assurer leur confidentialité et leur sécurité, de manière à empêcher leur endommagement, effacement ou accès par des tiers non autorisés.

L'accès aux données personnelles est strictement limité aux salariés de l'association habilités à les traiter en raison de leurs fonctions. Les informations recueillies pourront éventuellement être communiquées à des tiers liés à l'association par contrat pour l'exécution de tâches sous-traitées. Ces tiers n'ont qu'un accès limité aux données et ont l'obligation de les utiliser en conformité avec les dispositions de la législation applicable en matière de protection des données personnelles.

Les destinataires des données sont intégralement situés au sein de l'Union européenne.

Conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits, et vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en contactant Mme CAHARD Sandra, responsable administrative et comptable. En cas de difficulté en lien avec la gestion de ses données personnelles, vous pouvez contacter la Cnil (plus d'informations sur www.cnil.fr).

Le vacancier a des allergies médicamenteuses oui non

Si oui lesquelles.....

Le vacancier a des allergies alimentaires oui non

Si oui lesquelles.....

Epilepsie : stabilisée occasionnelle fréquente non

Soins infirmiers à faire réaliser pendant le séjour oui non

Si oui nature des soins.....

Dates précises des soins.....

Injection pendant le séjour oui non

Si oui date précise.....

Le vacancier porte des lunettes oui non

Porte des lentilles oui non

Les vaccinations obligatoires sont-elles à jour oui non

Y'a-t-il une contre-indication médicale à la pratique d'activités sportives oui non

Si oui laquelle.....

Autres recommandations médicales ou sanitaires :

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

MEDECIN TRAITANT

Nom.....

Adresse.....

Tél.

Est-il joignable pendant le séjour oui non

Important : Pour les vacanciers de FAM et MAS merci de fournir, selon l'art. D344-5-8 ducasse, une fiche à l'intention d'un médecin, présentant les informations médicales relatives à la personne.

Nom et qualité de la personne
Ayant rempli la fiche

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

Le.....

Signature,