



# SKI 2018

MEMBRE AB CAMPS N° :

A renvoyer à : **AB Camps**

**2D RUE DES ACACIAS – 68400 RIEDISHEIM**

**Une QUESTION, Un NUMERO : 06.08.53.76.83**

NOM du STAGIAIRE : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... TEE-SHIRT : XS S M L XL XXL

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... TELEPHONE : .....

**ADRESSE E-MAIL** : .....

**COLLER  
VOTRE  
PHOTO**

**Carte d'Adhérent AB Camps 2018 30 € OBLIGATOIRE pour MINEUR**

**Session SKI du 25 Février au 02 Mars 2018 (pension + forfait + transport)**

**12 à 14 ans : 490 € 15 à 17 ans : 530 € Adultes : 600 €**

**Familles\* : 3 personnes : 1500€ - 4 personnes : 2000 € - 5 personnes : 2500 €**

**Location d'un équipement 60 € (ski + bâtons + chaussures)**

**Option "ASSURANCE – ANNULATION" (80 €/pers pour le stage SKI)**

**Réduction de 30 € pour DEUXIEME ENFANT (sauf offre Famille)**

**Réduction CE (IRCOS : FRACAS / CEZAM) (5% du PRIX du Stage)**

**Réduction PARRAINAGE 12 à 17 ans (30 € / filleul) Nbre de filleul(s) : \_\_\_\_ x 30 €**

**\*Tarifs Familles / 3 pers au moins 1 adulte – 4/5 personnes au moins 2 enfants mineurs**

TARIFS Comités d'Entreprises tampon obligatoire :

**TOTAL A PAYER**

**FORMULE DE PAIEMENT** : Le paiement du stage pourra se faire en trois OPTIONS.

**OPTION A** : Paiement en intégralité du séjour. Notamment pour toute inscription réalisée après le 3 janvier 2018 (sous réserve qu'il y ait encore des disponibilités).

**OPTION B** : En deux fois, un premier versement à l'inscription de 50 % un deuxième versement de 50 % au 3 décembre 2017. Obligatoire pour le paiement en CHEQUES VACANCES

**OPTION C** : En trois fois, un premier versement de 50 % à l'inscription et un deuxième versement de 30 % au 3 décembre 2017 et un dernier règlement de 20 % au 3 janvier 2018.

Je prends l'option ☐ OPTION A ☐ OPTION B ☐ OPTION C

Je règle par : ☐ Chèque ☐ Chèques ANCV ☐ Bon CAF ☐ Espèces

**Le paiement de la carte de Membre AB CAMPS 2018 DEVRA être payé au moment de l'inscription.**

#### ADHESION – URGENCE - CONDITIONS D'INSCRIPTIONS

Je demande l'adhésion de mon enfant à l'association **AB Camps**. Le montant de celle-ci (carte de membre « adhérent ») est de **30 € par participant**. J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du séjour. En cas d'urgence, j'autorise le directeur du centre à prendre les mesures médicales nécessaires. **J'ai pris connaissance et accepte les conditions générales d'inscriptions présentées au verso.**

A ....., le ...../...../.....

**SIGNATURE :**

Pour être validée, toute fiche doit être complètement remplie, accompagnée d'un chèque de **30 EUROS** pour la carte d'ADHERENT, d'un chèque d'arrhes de **50%du prix** du STAGE, d'une **PHOTO** pour la **CARTE DE MEMBRE en plus de la photo collée sur cette fiche d'inscription**, d'une photocopie de votre attestation d'assuré social, de **2 ENVELOPPES (16 x 23 CM)** affranchies au tarif **entre 20g et 50g** à votre adresse, de la **FICHE SANITAIRE** et de l'autorisation du **DROIT D'IMAGE**.

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS RETENU**

**www.abcamps.fr**

# Autorisation d'utilisation de droit d'image de mineurs

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

A l'attention d'**AB CAMPS**

2D Rue des acacias

68400 RIEDISHEIM

Tél : 06.08.53.76.83

E-MAIL : [www.abcamps.fr](http://www.abcamps.fr)

A ....., le .....201....

Je soussigné ..... parent de ....., autorise par la présente l'association **AB CAMPS** à reproduire et à diffuser le(s) œuvre(s) identifié(s) ci-dessous :

LES PHOTOS ET LES PRISES D'IMAGES REALISEES DURANT LES STAGES **AB CAMPS 2017** DANS LA PERIODE DU **01 JANVIER 2018 AU 31 DECEMBRE 2019**. CES PHOTOS ET IMAGES DE FILMS PERMETTRONT ESSENTIELLEMENT AUX PARENTS DESIREUX DE SUIVRE LEURS ENFANTS DURANT LES STAGES GRACE A UNE MISE EN LIGNE REGULIERE DE NOTRE SITE INTERNET DESIGNÉ A

L'ADRESSE SUIVANTE : [www.abcamps.fr](http://www.abcamps.fr)

Valable pour une période de **2 ANS**, cette autorisation pourra être révoquée à tout moment. Cette révocation devra être faite par un courrier adressée à l'association **AB CAMPS** en recommandé.

Le présent document n'autorise pas l'association **AB CAMPS** de céder ou de concéder un quelconque droit d'auteurs attachés aux œuvres mentionnées ci-dessus.

Signature des Parents :



## Conditions Générales de Ventes des SEJOURS DE SKI

L'inscription d'un stagiaire sera validée par la réception de la fiche d'inscription dûment remplie et nécessairement accompagnée du **montant de la cotisation annuelle** (Carte d'adhérent à **AB CAMPS**) de **30 EUROS** par participant (payable exclusivement par CHEQUE BANCAIRE ou en ESPECES) et le montant des arrhes, soit **50 % du prix du séjour**. Cette SOMME pourra être payé en BONS CAF, CHEQUES VACANCES , CHEQUES BANCAIRES ou en ESPECES. **CONFIRMATION DE L'INSCRIPTION** : Entre 30 et 21 jours avant le début du camp, vous recevrez une convocation qui précisera les horaires ainsi que des détails techniques propres au séjour. **PAIEMENT DU SEJOUR ET ANNULATION** : Le montant du solde du séjour vous sera communiqué dès réception du dossier complet et devra être acquitté **au plus tard 30 jours** avant le début du stage. Vous pouvez régler ce solde en espèces ou par chèque. Le montant des aides : bons Caf, bourses, aides des comités d'entreprises seront directement déduits du solde à régler. **En cas d'annulation d'un séjour, les conditions sont les suivantes** : Annulation au moins 30 jours avant le début du stage, retenue fixe de **90 Euros**. Annulation entre 30 jours et le début, retenue fixe de **200 Euros**. **Un séjour commencé est à payer intégralement**. **En cas de blessures durant le stage**, un bon de réduction vous sera transmis pour une participation a une autre séjour. Ce bon sera calculé sur la base forfaitaire de **40 euros/jour**. **Pour bénéficier de cette mesure, il faudra transmettre dans les quarante huit-heures un certificat médical**. **ASSURANCE ANNULATION** : Pour bénéficier de cette garantie un supplément est à payer. Un prix forfaitaire **de 80 EUROS est à régler à l'inscription**. **ATTENTION !!!** Ni la carte de membre, ni le montant de l'assurance annulation ne seront remboursé. **RECLAMATIONS** : Les réclamations concernant les séjours devront être adressées par lettre recommandée à **AB CAMPS** 2D Rue des acacias 68400 RIEDISHEIM dans un délai de 8 jours après la fin du séjour.

### LOCATION DE MATERIEL

Les personnes qui désirent louer du Matériel de SKI pourront le faire directement sur place.



N° 10008\*01

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

CETTE FICHE A ÉTÉ CONÇUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ÊTRE UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT. ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ. ELLE VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR AVEC LES OBSERVATIONS ÉVENTUELLES.

I. ENFANT NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 SEXE : ☐ GARÇON ☐ FILLE DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

| ANTIPOLIOMYELITIQUE - ANTIDIPHÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE                                           |                   |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-------------------|
| Précisez s'il s'agit :<br>du DT polio<br>du DT coq<br>du Tétracoq<br>d'une prise polio<br>Hépatite B<br>RAPPELS | VACCINS PRATIQUÉS |                   |
|                                                                                                                 | DATES             |                   |
|                                                                                                                 |                   |                   |
|                                                                                                                 |                   |                   |
|                                                                                                                 |                   |                   |
| ANTITUBERCULEUSE (BCG)                                                                                          | ANTIVARIOLIQUE    | AUTRES VACCINS    |
| DATES                                                                                                           | DATES             | VACCINS PRATIQUÉS |
| 1er VACCIN                                                                                                      | VACCIN            | DATES             |
| REVACCINATION                                                                                                   | 1er RAPPEL        |                   |

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ? \_\_\_\_\_

|                     | NATURE | DATES |
|---------------------|--------|-------|
| INJECTIONS DE SÉRUM |        |       |
|                     |        |       |

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES :

|                                                           |                                                           |                                                           |                                                           |                                                           |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| RUBÉOLE                                                   | VARICELLE                                                 | ANGINES                                                   | RHUMATISMES                                               | SCARLATINE                                                |
| NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |
| COQUELUCHE                                                | OTITES                                                    | ASTHME                                                    | ROUGEOLE                                                  | OREILLONS                                                 |
| NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> |

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES : (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisation, opérations, rééducations)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

1 / 2

0000000

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

|  |
|--|
|  |
|  |

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? ☐ NON ☐ OUI

SI OUI, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SON SÉJOUR, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE AUX MÉDICAMENTS

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? ☐ NON ☐ OCCASIONNELLEMENT ☐ OUI ☐  
 S'IL S'AGIT D'UNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ? ☐ NON ☐ OUI ☐

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOMS : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE (pendant la période du séjour) : \_\_\_\_\_

N° DE SS : \_\_\_\_\_ N° DE TEL. : \_\_\_\_\_ DOMICILE : \_\_\_\_\_ BUREAU : \_\_\_\_\_

ADRESSE DU CENTRE PAYEUR : \_\_\_\_\_

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

DATE : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

## PARTIE RÉSERVÉE À L'ORGANISATEUR

LIEU DU SÉJOUR :

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Cachet de l'Organisme (siège social)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

ARRIVÉE LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DÉPART LE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SÉJOUR

PAR LE MÉDECIN ☐ (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)  
 PAR LE RESPONSABLE DU SÉJOUR ☐ (qui indiquera ses nom et adresse)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |