MEMBRE AB CAMPS

SKI 2027

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 2026 35 € OBLIGATOIRE pour MINEUR _____

Session SKI du 21 au 26 Février 2027 (pension + forfait + transport) _____

10 à 14 ans : 580 € 15 à 17 ans : 650 € Adultes : 790 € _____

Familles* : 3 personnes : 1950€ - 4 personnes : 2620 € - 5 personnes : 3300 € _____

Location d'un équipement Paiement direct au loueur _____

Option "ASSURANCE – ANNULATION" (100 €/pers pour le stage SKI) _____

Réduction de 35 € 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 maximum 2 adultes**

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 15 décembre 2026 (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 15 décembre 2026. 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 15 NOVEMBRE 2026 et un dernier règlement de 20 % au 15 DECEMBRE 2026.

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 2026 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 **35 € 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 35 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 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

A …….……, le ……2025….

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

LES PHOTOS ET LES PRISES D'IMAGES REALISEES DURANT LES STAGES **AB CAMPS 2027** DANS LA PERIODE DU **01 JANVIER 2027 AU 31 DECEMBRE 2029**. CES PHOTOS ET IMAGES DE FILMS PERMETTRONT ESSENTIELLMENT AUX PARENTS DESIREUX DE SUIVRE LEURS ENFANTS DURANT LES STAGES GRACE A UNE MISE EN LIGNE REGULIERE DE NOTRE SITE INTERNET DESIGNE A L'ADRESSE SUIVANTE : 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 Participation des SEJOURS DE SKI 2027

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 **35 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 45 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 **150** Euros. Annulation entre 30 jours et le début, retenue fixe de **250** 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 un autre séjour. Ce bon sera calculé sur la base forfaitaire de **50 euros/jour. Pour bénéficier de cette mesure, il faudra transmettre dans les quarante-huit-heures un certificat médical**. Si la blessure le nécessite, nous opèrerons un rapatriement. Mais si la blessure semble bénigne et qu'elle ne nécessite pas une hospitalisation, le stagiaire restera avec nous jusqu'au retour du groupe. **ASSURANCE ANNULATION :** Pour bénéficier de cette garantie un supplément est à payer. Un prix forfaitaire **de 100 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
Le règlement du matériel se fera directement au loueur.

MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

N° 10008*01

CETTE FICHE A ÉTÉ CONCUE POUR RECUEILLIR LES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX QUI POURRONT ETRE 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)

ANTIPOLIOMYÉLITIQUE - ANTIDIPHTÉRIQUE - ANTITÉTANIQUE - ANTICOQUELUCHE

	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
Précisez s'il s'agit : du DT polio, du DT coq, du Tétracoq, d'une prise polio, Hépatite B — RAPPELS		__/__
		__/__
		__/__
		__/__
		__/__

ANTITUBERCULEUSE (BCG)	DATES	ANTIVARIOLIQUE	DATES	AUTRES VACCINS	VACCINS PRATIQUÉS	DATES
1er VACCIN	__/__	VACCIN	__/__			__/__
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 ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐
COQUELUCHE	**OTITES**	**ASTHME**	**ROUGEOLE**	**OREILLONS**
NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐	NON ☐ OUI ☐

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

__/__

__/__

__/__

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIT-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 TÉL. 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 A 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)

01 64 66 30 00