



INSCRIPTION

Contact établissement ou famille

NOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Informations impératives :

Tél : Fax :

Email :

Personne à contacter :

Qualité (Famille, éducateur, chef de service...) :

.....

FACTURATION

Contact organisme payeur (Famille-Tuteur-Curateur)

NOM :

Adresse :

Code postal : Ville :

Informations impératives :

Tél : Fax :

Email :

Personne à contacter :

Qualité (Tuteur, curateur, responsable légal...) :

.....

▲ Indiquer obligatoirement une adresse mail (pour la validation de réservation, l'envoi du dossier d'inscription)

SÉJOUR CHOISI	NOM / PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE	AUTONOMIE (cf. page 6)	SITUATION		
					FH	FV	FAM
					Autre (à préciser)		

En couple avec : Partagent la chambre : OUI NON

Besoin d'un professionnel médical : OUI NON **si oui précisez la raison:**

Appareillage: OUI NON **si oui précisez:**

Capable de monter et descendre un escalier **SEUL(E)** : OUI NON

Se lave seul(e): OUI aide ponctuelle aide constante

Énurésie : OUI NON **si oui précisez**

Encoprésie: OUI NON **si oui précisez**

ASSURANCE

Annulation 3,5 % : OUI NON

Interruption 1,5 % : OUI NON

ORGANISATION DES DÉPARTS ET RETOURS

(voir détails page 9 ou sur www.avaresva.com)

Option 1 Pré-acheminement à partir de votre établissement : Aller Retour

- Si l'établissement se trouve autour Roissy dans la zone orange foncée : à partir de 5 personnes du même foyer inscrites pour les mêmes dates de séjour

- Si l'établissement se trouve autour Roissy dans la zone orange claire : à partir de 8 personnes du même foyer inscrites pour les mêmes dates de séjour

Option 2 Pré-acheminement à partir d'une des villes de regroupement (voir p.9).

Ville Aller : _____ Ville Retour : _____

Option 3 RDV sur notre point de regroupement à Roissy CDG.

Nous vous confirmerons sous 48h cette réservation en fonction de la disponibilité des séjours. **A la réception de la fiche de réservation vous disposez de 7 jours pour vous rétracter. Au-delà de ce délai, la réservation est considérée comme ferme et définitive.** Sous 15 jours vous devez nous retourner **l'acompte de 500 €** et le règlement des assurances choisies ainsi que le dossier d'inscription complété.

Le : ___ / ___ / ___ À : _____ NOM : _____ Signature :

