

FICHE DE RENSEIGNEMENTS A NOUS RETOURNER SOUS UN MOIS

Merci de remplir le document de manière lisible

PARTICIPANT

SÉJOUR

DATES

INSCRIPTION : VIA UN CE

EN INDIVIDUEL

Pour les individuels, souhaitez-vous prendre l'assurance annulation de 2,5% du prix du séjour ? : Oui / Non

NOM

PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE ÂGE

SEXE NATIONALITÉ

INFORMATIONS UTILES

AFFINITÉ (*si votre enfant souhaite séjourner avec un ami*)

PROBLÈMES MÉDICAUX

FUMEUR : Oui / Non

RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES

SÉJOURS EUROPE

NUMERO DE CNI

DATE D'EXPIRATION

SÉJOURS HORS EUROPE

NUMERO DE PASSEPORT

DATE D'EXPIRATION

Merci de nous transmettre impérativement la copie du passeport ou de la CNI de votre enfant

RESPONSABLE LEGAL

NOM PRÉNOM AUTORITÉ : Père / Mère / Tuteur

ADRESSE CODE POSTAL

..... VILLE

TÉLÉPHONE : DOMICILE

PORTABLE PÈRE PORTABLE MÈRE

BUREAU PÈRE BUREAU MÈRE

MAIL

SI VOUS ÊTES ABSENTS, PERSONNE À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

TRANSPORT

ALLER

PARIS

PROVINCE

CONDUIT SUR LE CENTRE

RETOUR

PARIS

PROVINCE

RÉCUPÉRÉ SUR LE CENTRE

Pour le retour, si une tierce personne vient récupérer votre enfant sur le lieu de RDV, merci de nous faire une décharge (une pièce d'identité lui sera demandée)

Je soussigné(e).....
représentant légal du participant, certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je donne mon accord à LCPA pour éventuellement utiliser les photos de mon enfant prises pendant le séjour, pour l'illustration de brochures ou sur le site internet. Je m'engage à ne pas demander d'argent à LCPA concernant l'utilisation des photos. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales d'inscriptions.

DATE ET LIEU :

SIGNATURE :