

# Association Cap Montagne

Association loi 1901 – 175 chemin saint Anne 06140 Vence tel 04 93 58 25 67 / 06 22 52 54 04

## FICHE D'INSCRIPTION

A compléter et renvoyer

-Par Courrier : **Association Cap Montagne**  
175 chemin Saint Anne villa Elisabeth  
06140 VENCE

Photo  
obligatoire

-ou par e-mail : capmontagne@wanadoo.fr

### **SEJOUR**

Nom du séjour .....Lieu.....

Dates Début : ...../...../20.....Dates fin...../...../20.....

### **Transport**

Transport par mes soins :  Aller  Retour

Ou prise en charge par Cap Montagne :

Ville au départ..... Ville au retour.....

### **Prise en charge au retour par un tiers**

Si vous ne pouvez pas venir chercher votre enfant au retour, indiquez ci dessous l'identité de la personne qui prendra en charge votre enfant/ Joindre sa copie identité

Lien de parenté : ..... Téléphone portable.....

### **LE PARTICIPANT**

Nom .....Prénoms.....

Date de naissance (jour/mois/année) ..... / ..... / .....

Masculin  Féminin (cochez la case correspondante)

Régime alimentaire particulier : ! non ! oui , précisez::.....

Pour les séjours en Corse – Impératif

N° carte identité ou Passeport.....Date validité...../...../.....

### **LE RESPONSABLE LEGAL DU PARTICIPANT**

Père  Mère  Tuteur ! Autre, précisez :.....

Autorité parentale de l'enfant :  OUI  NON Conjointe ( père et mère) ! Mère ! Père

Nom ..... Prénoms .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

E-Mail ( pour informations relatives aux séjours).....

Tél. domicile ..... Port. père..... / mère .....

Tél. Travail du père ..... De la mère .....

Numéro sécurité sociale de l'assuré social de l'enfant .....

Nom de la caisse de rattachement.....

### **PARTIE A COMPLETER SI ADRESSE DIFFERENTE PENDANT LE SEJOUR**

Chez : Nom ..... Prénoms .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Tél. domicile .....

# Association Cap Montagne

Association loi 1901 – 175 chemin saint Anne 06140 Vence tel 04 93 58 25 67 / 06 22 52 54 04

## AUTRE PERSONNE A CONTACTER PENDANT LE SEJOUR (en cas d'urgence)

Nom ..... Prénoms .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Tél. domicile..... Port. ....

Lien de parenté :  Oncle/Tante  Grand-père/grand-mère  Autre (cochez la case correspondante)

## AUTRES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS SOUHAITEZ PORTER A NOTRE CONNAISSANCE

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

## DROIT A L'IMAGE

Les responsables légaux et les participants acceptent la diffusion de leur image sur nos supports publicitaires :

OUI  NON (cochez la case correspondante)

## PARTICIPANT DE PLUS DE 16 ANS

Est il fumeur ?  OUI  NON

L'équipe d'encadrement se réserve le droit de prévenir le jeunes des risques liés au tabagisme et de l'inciter à renoncer

Les participants non-fumeurs y seront tout particulièrement préservés.

## Coût du séjour

A -Cout séjour \* :.....

B- Garantie optionnelle Annulation-Maif (3,5 % du séjour) :  OUI  NON  
(voir conditions ci dessous)

Acompte de 30 % à verser à l'inscription ( A+B) .....

## \*A savoir

- le prix du séjour inclus adhésion annuelle à l'association ( 15 €)
- Les aides financières sont déduites du solde (bon caf/ chèque vacances /Tir groupé
- Nous acceptons MSA, les chèques vacances ANCV,
- Les inscriptions de moins de 30 jours avant la date départ , règlement total du prix du séjour
- L'acompte peut être réglé par chèque, virement bancaire,

## Prise en charge financière partielle ou totale du séjour par votre comité d'entreprise

OUI  NON si oui , nom de l'entreprise :.....

Adresse :.....

Code postal : Ville

Personne à contacter : .....tel.....

Fait à ..... le ..... / ..... / 20.....

Je soussigné(e)..... représentant l'égal agissant en qualité de.....

certifie exactes les informations fournies dans la fiche d'inscription. Je m'engage à compléter la fiche sanitaire de liaison et de signer le règlement intérieur conjointement avec le participant.

J'autorise formellement cap montagne à faire pratiquer en cas d'urgence sur mon fils/fille tout examen médical ainsi que toute intervention chirurgicale. Je certifie avoir souscrit une assurance médicale en responsabilité civile couvrant toute la période du séjour. Je déclare avoir pris connaissance des conditions générales de vente.

Signature du responsable légal – Précédée de la mention « **Bon pour accord** »

## Annulation Maif n° 3021926 J

### I – LES DEFINITIONS GENERALES

**a) Assuré :** La (les) personne(s) prenant part au Voyage et désignées au bulletin d'adhésion.

**b) Assureur :**

MAIF

64 Route de Grenoble 06204 NICE CEDEX  
Entreprises régies par le code des assurances  
(ci-après dénommées conjointement MAIF,  
l'assureur, ou nous)

### II – LES GARANTIES PROPOSEES

**Souscription et règlement obligatoires le jour de l'inscription au voyage ou séjour.**

**A- Frais d'annulation de voyage ou de séjours**

L'assuré peut être amené à annuler un voyage du fait d'un des événements suivants :

. accident grave, maladie grave ou décès atteignant l'assuré, son conjoint ou concubin, leurs ascendants, descendants, gendres ou belles-filles,

**La gravité de l'accident ou de la maladie devra être constatée par une autorité médicale.**

. décès d'un frère, d'une soeur, beau-frère ou belle-soeur,

. dommage matériel causé par un accident, un incendie, une explosion ou un événement naturel entraînant des dommages importants aux biens mobiliers, aux locaux professionnels ou d'habitation principale ou secondaire, occupés par l'assuré et nécessitant sa présence urgente et impérieuse en vue d'effectuer les actes conservatoires nécessaires,

. licenciement économique de l'assuré,

. modification de la date des congés par l'employeur, sous déduction d'une franchise de 20 % du montant total du voyage et d'un minimum de 150 € par personne assurée,

. mutation professionnelle obligeant l'assuré à prendre ses fonctions avant la fin du voyage,

. grossesse et toutes complications dues à cet état, sous réserve que la personne assurée :

-ne soit pas enceinte ou n'ait pas connaissance de son état au moment de l'inscription au voyage,  
- soit enceinte de moins de 6 mois au moment du départ.

**Montant et effet de la garantie**

Cette assurance garantit à l'assuré, ainsi qu'aux accompagnants inscrits sur le même bulletin d'inscription, s'ils en font la demande, le remboursement de la somme, **hors cotisation assurance**, effectivement réglée et justifiée par l'assuré au moment de la survenance des événements garantis sous déduction d'une franchise de 30 € (portée à 25% de la somme versée en cas de modification ou de suppression de congés payés résultant exclusivement du fait de l'employeur).

**La garantie de l'assuré prend effet dès son inscription au voyage ou au séjour et cesse lors de son départ.**

v

### Déclaration du sinistre

Le délai de déclaration à l'assureur est fixé à 48 heures.

**B- Frais d'interruption de voyage ou de séjours**

L'assuré peut être amené à interrompre un voyage du fait d'un des événements suivants :

. maladie grave, accident grave ou décès atteignant l'assuré, son conjoint ou concubin, leurs ascendants, descendants, gendres ou belles-filles,

**La gravité de l'accident ou de la maladie devra être constatée :**

. **par une autorité médicale du lieu de séjour pour l'assuré,**

. **par un médecin de famille ou médecin local pour un membre de la famille ne participant pas au voyage.**

. décès d'un frère, d'une soeur, d'un beau-frère ou d'une belle-soeur,

. dommage matériel causé par un accident, un incendie, une explosion ou un événement naturel entraînant des dommages importants aux biens mobiliers et aux locaux professionnels ou d'habitation principale ou secondaire, occupés par l'assuré et nécessitant sa présence urgente et impérieuse en vue d'effectuer les actes conservatoires nécessaires,

. les événements de guerre sous réserve que l'assuré soit surpris par la survenance de tels événements à l'étrangers : dans ce cas, la garantie cesse 14 jours après le début de ces événements.

**Montant et effet de la garantie**

Cette assurance garantit à l'assuré, ainsi qu'à un accompagnant inscrit sur le même bulletin d'inscription, s'ils en font la demande, **le remboursement des jours facturés et non remboursés** par le souscripteur ou par l'organisme chargé des prestations.

**La garantie de l'assuré prend effet à compter du lendemain de la survenance de l'événement.**