



CONTRAT D'INSCRIPTION COLONIE AU CENTRE DE VACANCES LES GATINELLES A BRETIGNOLLES SUR MER EN VENDEE

N° ALLOCATAIRE : _____

Nom et Prénom du responsable de l'enfant : _____

Adresse de la famille : _____

N° téléphone : _____ / _____

Email _____

DATES DES SEJOURS :
1^{ère} session du 06/07/2025 au 18/07/2025
2^{ème} session du 20/07/2025 au 01/08/2025
3^{ème} session du 03/08/2025 au 15/08/2025
4^{ème} session du 17/08/2025 au 29/08/2025

IDENTITE DES ENFANTS A INSCRIRE A LA COLONIE

Nom Prénom	Date de naissance	Sexe		1 ^{er} départ* (choix 1 ^{ère} – 2 ^{ème} – 3 ^{ème} et 4 ^{ème} session)	Déjà parti** (votre enfant ne pourra partir qu'en 1 ^{ère} ou 4 ^{ème} session)
		M	F		
1 ^{er} enfant		M	F	Choix du séjour	
				1 ^{ère} session <input type="checkbox"/>	1 ^{ère} session <input type="checkbox"/>
				2 ^{ème} session <input type="checkbox"/>	4 ^{ème} session <input type="checkbox"/>
				3 ^{ème} session <input type="checkbox"/>	
				4 ^{ème} session <input type="checkbox"/>	
2 ^{ème} enfant		M	F		
				1 ^{ère} session <input type="checkbox"/>	1 ^{ère} session <input type="checkbox"/>
				2 ^{ème} session <input type="checkbox"/>	4 ^{ème} session <input type="checkbox"/>
				3 ^{ème} session <input type="checkbox"/>	
				4 ^{ème} session <input type="checkbox"/>	
3 ^{ème} enfant		M	F		
				1 ^{ère} session <input type="checkbox"/>	1 ^{ère} session <input type="checkbox"/>
				2 ^{ème} session <input type="checkbox"/>	4 ^{ème} session <input type="checkbox"/>
				3 ^{ème} session <input type="checkbox"/>	
				4 ^{ème} session <input type="checkbox"/>	

* Votre enfant n'a jamais séjourné en colonie de vacances dans notre centre de Brétignolles-sur-Mer

** Votre enfant a déjà séjourné dans notre centre de vacances

Une confirmation de votre réservation vous sera envoyée à l'adresse mail indiquée sur le présent contrat.

LIEU DE DEPART SOUHAITE : Vichy Moulins Montluçon

LIEU DE RETOUR SOUHAITE : Vichy Moulins Montluçon

Emplacement réservé à la Caf
ATLENF

MAT 000000
IDX L 2053000 C 031



000000205300000000

REGLEMENT

1^{er} départ	Reste à charge de la famille Aide Caf déduite	Total
Vous êtes bénéficiaire de RSA : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, le coût sera de : Coût total séjour 764 € - Aide Caf 654 € = 110 €/enfant Si non, avez-vous perçu l'allocation de rentrée scolaire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, le coût sera de : Coût total séjour 764 € - Aide Caf 564 € = 200 €/enfant	 Nb d'enfants X 110 € = Nb d'enfants..... X 200 € = TOTAL

Votre enfant est déjà parti	Reste à charge de la famille	Total
Vous êtes bénéficiaire de RSA : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, le coût sera de : Coût total séjour 764 € - Aide Caf 564 € = 200 €/enfant Si non, avez-vous perçu l'allocation de rentrée scolaire oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, le coût sera de : Coût total séjour 764 € - Aide Caf 364 € = 400 €/enfant	 Nb d'enfants X 200 € = Nb d'enfants..... X 400 € = TOTAL

Emplacement réservé à la Caf
ATLENFMAT 000000
IDX L 2053000 C 031

MODE DE PAIEMENT CHOISI (Vous devez cocher la case souhaitée.)

Retenues sur vos prestations familiales (y compris RSA – prime d'activité - APL)

J'autorise la Caisse d'Allocations Familiales à prélever sur mes prestations familiales (dont RSA, prime d'activité ou APL) le montant total dû, représentant le paiement de la colonie pour mon ou mes enfant(s) **en 4 mensualités.**

Chèque bancaire (si vous ne percevez pas de prestation)

Joindre obligatoirement 4 chèques maximum libellés à l'ordre du Directeur comptable et financier de la Caf. Ils seront encaissés dans les 4 mois suivant l'inscription.

ANNULATION

En cas d'annulation, le montant restant dû sur le prix total du séjour (**764 €**) sera :

- entre 30 et 21 jours avant la date du départ : 30 % du prix total du séjour, soit **229 €**
- entre 20 et 8 jours avant la date du départ : 60 % du prix total du séjour, soit **458 €**
- entre 7 jours et la date du départ ou non présence du participant au départ : 100 % du prix total du séjour, soit **764 €**

Pour raison médicale, sur présentation d'un certificat, votre dossier pourra être réexaminé pour un éventuel remboursement.

J'autorise la Caisse d'Allocations Familiales de l'Allier à communiquer mes données personnelles (nom, prénom, adresse, numéro de téléphone, adresse mail, nom de l'enfant, prénom de l'enfant, date de naissance de l'enfant et tout autre renseignement nécessaire au séjour) au gestionnaire du centre de vacances (l'association CALYPSO).

Je soussigné(e), M....., certifie avoir pris connaissance de toutes les conditions du présent contrat.

Fait à le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »,

«Conformément à la loi française du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la loi relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui vous concernent, en vous adressant à la Caisse d'Allocations Familiales de l'Allier».

Emplacement réservé à la Caf
ATLENF

MAT 000000
IDX L 2053000 C 031

