



CONTRAT D'INSCRIPTION

SEJOURS EUROPEENS 2023 (Espagne)

N° ALLOCATAIRE : _____

Nom et Prénom du responsable de l'enfant : _____

Adresse de la famille : _____

N° téléphone : _____ / _____

Email _____

IDENTITE DU OU DES ENFANT(S) A INSCRIRE

Nom et Prénom	Date de naissance	Sexe (M ou F)	Nationalité	Séjour en Espagne 11 au 20 Juillet 2023*	Séjour en Espagne 08 au 17 Août 2023*

**Cocher la case souhaitée*

Votre enfant ne doit jamais avoir bénéficié de ce type de séjour avec notre organisme.

Vous veillerez bien à pouvoir fournir tous les documents obligatoires avant le séjour.

LIEU DE DEPART SOUHAITE : Vichy Moulins Montluçon

LIEU DE RETOUR SOUHAITE : Vichy Moulins Montluçon

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

Emplacement réservé à la Caf
ATLENF

MAT 000000
IDX L 2053000 C 031



REGLEMENT

Coût total séjour 560 € - Aide Caf 360 € = **200 € par enfant**

Nombre d'enfants X 200 € = €

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 de Monsieur le 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 (**560 €**) sera :

- entre 30 et 21 jours avant la date du départ : 30 % du prix total du séjour, soit **168 €**
- entre 20 et 8 jours avant la date du départ : 60 % du prix total du séjour, soit **336 €**
- entre 7 jours et la date du départ ou non présence du participant au départ : 100 % du prix total du séjour, soit **560 €**

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 séjour, 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



0000000205300000000