

Centrale Inscriptions EPAL
10, rue Nicephore Niepce - B.P. 40002 - 29801 BREST Cedex 09
Tel : 02 98 41 84 09 - Fax : 02 98 41 69 54

| |
|-----------------------------|
| N° adhérent |
| Réf. Séjour |
| Transport |
| Arrhes |
| Confirmation Inscription le |
| Convocation le |
| Dossier vacancier le |
| Facture le |

SÉJOUR CHOISI : _____

Réf : _____ Dates : _____

PARTICIPANT :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

PERSONNE S'OCCUPANT DE L'INSCRIPTION :

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____ Tél : _____

PERSONNE À CONTACTER DURANT LE SÉJOUR :

(En cas d'urgence et si besoin)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal _____ Ville : _____

Tél. : _____

TRANSPORT :

Ville de départ : _____ Date : _____

Ville d'arrivée : _____ Date : _____

Ou accueil sur place : Oui Non

**LES INFORMATIONS CONCERNANT LE SÉJOUR ET LE VOYAGE
SERONT ADRESSÉES À :**

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal _____ Ville : _____

Tél. : _____

LE RELEVÉ DE FRAIS SERA ADRESSÉ À :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal _____ Ville : _____

Tél. : _____

ACCEPTATION

Je soussigné M. _____ agissant en qualité de _____

certifie avoir pris connaissance et accepter les conditions générales et les conditions particulières consultables sur le site de l'Association www.epal.asso.fr et autorise la présente personne à adhérer à l'association organisatrice.

Pour information, le responsable du séjour, en accord avec un médecin, prendra toutes mesures utiles concernant la santé du vacancier y compris la mise en œuvre de tout traitement ou intervention reconnu médicalement urgent.

Signature du responsable légal (tuteur, vacancier lui-même...)

Fait à _____ le _____

*Si vous le souhaitez
vous pouvez nous écrire
au verso de cette fiche
en quelques lignes
vos souhaits et attentes
de ce séjour*



