

à retourner dans l'un des points de contact APAS-BTP,  
accompagné des documents nécessaires et téléchargeables sur le [www.apas.asso.fr](http://www.apas.asso.fr)  
**ATTENTION, seuls les dossiers complets seront pris en compte.**

### Vos coordonnées

N° identifiant APAS-BTP : \_\_\_\_\_  
(si non joindre photocopie du dernier bulletin de salaire)

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de  Représentant(e) légal(e) 1  Représentant(e) légal(e) 2  Tuteur(trice)  
 Grands-parents  Apprenti(e)  Expatrié(e)

Tél. domicile : \_\_\_\_\_

Portable 1\* : \_\_\_\_\_ Portable 2\* : \_\_\_\_\_

Tél. pro. 1 : \_\_\_\_\_ Tél. pro. 2 : \_\_\_\_\_

\* N° à renseigner pour vous joindre durant le séjour et pour vous adresser un SMS d'arrivée. Champs obligatoires.

Acceptez-vous de recevoir des infos par mail :  OUI  NON

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_ CP/Ville \_\_\_\_\_

### Responsable légal(e) de(s) l'enfant(s) (si différent du bénéficiaire)

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Agissant en qualité de  Représentant(e) légal(e) 1  Représentant(e) légal(e) 2  Tuteur(trice)

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Portable\* : \_\_\_\_\_

Tél. pro. : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

#### Je suis l'invité de (voir page 4)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

#### Je parraine (voir page 4)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

#### Je suis le filleul de (voir page 4)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

### Documents à joindre obligatoirement à votre réservation

(tout bulletin non signé vous sera retourné)

- Bulletin signé et daté avec votre n° d'identifiant ou la photocopie de votre dernier bulletin de salaire. Pour les retraités, votre n° d'identifiant.
- Avis d'imposition 2019 (revenus 2018) – Pour les concubins, joindre les 2 avis.  Je ne souhaite pas faire calculer mon QF, je règle le tarif T3.
- Acompte : montant total du séjour + le montant de l'assurance ou la totalité si votre réservation est effectuée moins de 35 jours avant la date de départ.
- Livret du participant **avec la photo** + fiche sanitaire de liaison (1 document par enfant) + la copie du dernier rappel DT polio (obligatoire). Ces documents se trouvent à la fin de ce catalogue ou téléchargeables sur [www.apas.asso.fr](http://www.apas.asso.fr), rubrique APAS-BTP > télécharger documents.

### Règlement

- Chèque bancaire** libellé à l'ordre de l'APAS-BTP
- Carte bancaire\***  
J'autorise l'APAS-BTP à débiter ma carte bancaire pour :  
1  l'acompte d'un montant de \_\_\_\_\_ €  
représentant 30 % du séjour  
2  les prélèvements mensuels (le dernier, 35 jours avant le départ)  
3  le solde du (des) séjour(s) (35 jours avant le départ)  
Nom/Prénom du titulaire de la carte : \_\_\_\_\_  
N° de carte : \_\_\_\_\_  
Date de validité : \_\_\_\_\_  
3 derniers chiffres au dos de la carte (cryptogramme) : \_\_\_\_\_
- Je souhaite être contacté par téléphone pour effectuer le règlement par CB.**  
N° de tél. \_\_\_\_\_
- Assurances facultatives et à souscrire obligatoirement à la réservation (voir conditions page précédente)**  
 je ne souscris à aucune assurance  
 je souscris à l'assurance annulation (1,5 % du montant du séjour)  
 je souscris à l'assurance annulation "Catalogues partenaires" (assurance du voyageur)

\*Pour les autorisations 1, 2 et 3, la carte bancaire doit être valide 1 mois après la date de départ. Les cartes AMERICAN EXPRESS ne sont pas acceptées.

Nom	Prénom	Date Naissance	Sexe	Nationalité	Séjour choisi	Option/Formule	Code	Date de séjour
		/ /						du ___/___/___ au ___/___/___
		/ /						du ___/___/___ au ___/___/___
		/ /						du ___/___/___ au ___/___/___
		/ /						du ___/___/___ au ___/___/___

### Engagement valable jusqu'à la fin du séjour

Je, soussigné(e), Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Représentant(e) légal(e) 1  
Je, soussigné(e), Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Représentant(e) légal(e) 2

Certifie sur l'honneur l'exactitude des informations transmises à l'APAS-BTP. Toute fausse déclaration est passible de poursuites.  
**Dans le cas d'un règlement par CB, j'autorise l'APAS-BTP à prélever toute somme concernant le règlement partiel ou total du séjour.**  
Je déclare avoir pris connaissance du descriptif du séjour et accepte les conditions générales et particulières de vente. J'atteste sur l'honneur avoir l'autorité légale nécessaire pour inscrire le (ou les) enfant(s).

Date et signatures

**OBLIGATOIRES**

\_\_\_\_\_

Représentant(e) légal(e) 1

\_\_\_\_\_

Représentant(e) légal(e) 2

**Garant :**

Atradius Credit Insurance N.V.  
44, avenue Georges Pompidou  
92596 Levallois-Perret Cedex

**Assureur :**

MMA IARD  
14 boulevard Marie et Alexandre Oyon  
72030 Le Mans Cedex 09

Immatriculation  
Tourisme Atout France  
IMO 75 11 0023



## FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant le séjour de votre enfant.  
Elle vous évite de vous démunir de son carnet de santé et vous sera rendue à la fin du séjour.

NOM/PRÉNOM DU PARTICIPANT : \_\_\_\_\_

NOM DU SÉJOUR : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

#### INFORMATION OBLIGATOIRE POUR TOUTE INSCRIPTION

DT POLIO, DATE DU DERNIER RAPPEL

MERCI DE JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE LA PAGE DTP UNIQUEMENT DU CARNET DE SANTÉ (OBLIGATOIRE)

MÉDECIN TRAITANT :

NOM \_\_\_\_\_ TÉL. \_\_\_\_\_

L'ENFANT A T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

- |                                     |                                    |                                      |
|-------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SCARLATINE | <input type="checkbox"/> RUBÉOLE   | <input type="checkbox"/> VARICELLE   |
| <input type="checkbox"/> ROUGEOLE   | <input type="checkbox"/> OREILLONS | <input type="checkbox"/> COQUELUCHE  |
| <input type="checkbox"/> OTITE      | <input type="checkbox"/> ANGINES   | <input type="checkbox"/> RHUMATISMES |

A T-IL EU DES CONVULSIONS ? SI OUI, QUELLE EST LA DATE DE LA DERNIÈRE CRISE :

VOTRE ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ? :  OUI  OCCASIONNELLEMENT  NON  
(MERCÍ DE PRÉVOIR LE NÉCESSAIRE SI BESOIN : ALÈSE + COUCHES)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, PROTHÈSES DENTAIRES OU AUDITIVES ?  OUI  NON

SI OUI, PRÉCISEZ : \_\_\_\_\_

TRAITEMENT DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL. L'APAS-BTP S'ENGAGE À TRAITER CES DONNÉES PERSONNELLES DANS LE RESPECT DE LA RÉGLEMENTATION APPLICABLE EN MATIÈRE DE DONNÉES PERSONNELLES (VOIR CONDITIONS PARTICULIÈRES DE VENTE - § 22. TRAITEMENT DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL).

### SANTÉ

SUIT-IL UN RÉGIME PARTICULIER ?  OUI  NON

SI OUI, LEQUEL : \_\_\_\_\_

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ALLERGIES ?  OUI  NON

SI OUI, MERCI DE NOUS PRÉCISER LE TYPE D'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR AFIN DE L'ACCUEILLIR DANS LES MEILLEURES CONDITIONS :

MÉDICAMENTEUSE  OUI  NON ALIMENTAIRE  OUI  NON

AUTRES TYPES D'ALLERGIES, MERCI DE PRÉCISER : \_\_\_\_\_

VOTRE ENFANT SOUFFRE-T-IL D'ASTHME ?  OUI  NON

SI OUI, SUIT-IL UN TRAITEMENT QUOTIDIEN ?  OUI  NON

PRÉCISEZ, LEQUEL ? \_\_\_\_\_

#### AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ SANS ORDONNANCE

### IMPORTANT

VOTRE ENFANT A-T-IL UN HANDICAP, UN PROBLÈME DE SANTÉ SÉRIEUX (HOSPITALISATION, RÉÉDUCATION) OU DE COMPORTEMENT QUE NOUS DEVONS PRENDRE EN COMPTE DÈS L'INSCRIPTION ?

NON  OUI : PRÉCISEZ : \_\_\_\_\_

PRÉCAUTION À PRENDRE : \_\_\_\_\_

MERCI DE JOINDRE LE PROTOCOLE INDIVIDUEL S'IL EST MIS EN PLACE.  
AU DÉPART DU SÉJOUR, SI VOTRE ENFANT SUIT UN TRAITEMENT, JOINDRE LA PHOTOCOPIE DE L'ORDONNANCE DES MÉDICAMENTS PRESCRITS, MARQUÉS AU NOM DE L'ENFANT ET DANS LEURS EMBALLAGES D'ORIGINE.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

RESPONSABLE LÉGAL(e) DE L'ENFANT \_\_\_\_\_

DÉCLARE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTÉS SUR CETTE FICHE ET AUTORISE LE

RESPONSABLE DU SÉJOUR À PRENDRE, LE CAS ÉCHÉANT, TOUTES MESURES (TRAITEMENT

MÉDICAL, HOSPITALISATION, INTERVENTION CHIRURGICALE, TRANSFUSIONS SANGUINES)

RENDUES NÉCESSAIRES PAR L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ENFANT.

DATE :

SIGNATURE  
(PRÉCÉDÉE DE LA MENTION LU ET APPROUVÉ) :

**LA PRÉSENTE DEMANDE EST DESTINÉE À RECUEILLIR LE CONSENTEMENT ET LES AUTORISATIONS NÉCESSAIRES DANS LE CADRE DES SÉJOURS DE VACANCES ET AUTRES PRESTATIONS PROPOSÉES PAR L'APAS-BTP AUX ENFANTS ET JEUNES DE 4 À 17 ANS.**

**Je soussigné(e)** [ ] est détenteur de l'autorité parentale sur mon enfant [ ] autorise l'APAS-BTP et ses partenaires organisateurs, à utiliser les images réalisées par l'APAS-BTP et ses partenaires organisateurs.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations concernant le mineur que je représente et donne mon accord pour l'utilisation de son image :  **OUI**  **NON**

La présente autorisation comprend **la reproduction, la publication et la diffusion** des images sous leur forme initiale ou après adaptation pour des raisons techniques, par tout procédé. Les photographies seront prises soit par l'APAS-BTP, soit par les organisateurs partenaires.

#### **Pour le type de communication suivant :**

- Commerciale et non commerciale
- Pour le monde entier et pour une durée de 3 ans

#### **Sur les supports suivants :**

- Blogs de séjours
- Sites internet
- Catalogues
- Réseaux sociaux
- Newsletters
- Affichages promotionnels

**LA DIFFUSION DE L'IMAGE DU MINEUR QUE VOUS REPRÉSENTEZ SERA RÉALISÉE SOUS L'AUTORITÉ DE L'APAS-BTP**

L'APAS-BTP exercera les droits de diffusion acquis par le présent document et attachés à l'image du mineur. L'APAS-BTP s'interdit expressément de céder les droits à un tiers. Il s'interdit également de procéder à une exploitation illicite, ou non prévue ci-avant, de l'image du mineur susceptible de porter atteinte à sa dignité, sa réputation ou sa vie privée, ainsi qu'à toute autre exploitation préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur.

La diffusion de l'image du mineur ne pourra donner lieu à **aucune rémunération ou contrepartie** sous quelque forme que ce soit. Cette acceptation expresse est définitive et exclut toute demande de rémunération ultérieure.

**Date et signature**