

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.**

.....

cadre réservé à l'APAS-BTP

### 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 : .....

### 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.
- J'ai pris connaissance du 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).

### 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*	du
		/ /						du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___
		/ /						du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___
		/ /						du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___
		/ /						du ___ / ___ / ___ au ___ / ___ / ___

\*uniquement pour les séjours pour lesquels les codes sont indiqués sur le tableau "dates et tarifs".

### 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**

Lu et approuvé

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

## LIVRET DU PARTICIPANT 2020

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

**POUR TOUS LES SÉJOURS :** se référer à la page catalogue pour connaître toutes les formalités liées au séjour réservé (test de capacité nautique, autorisation à la pratique de la plongée...).

**POUR LES SÉJOURS À L'ÉTRANGER :** le participant devra être en possession à minima d'une Carte Nationale d'Identité ou d'un passeport en cours de validité, de la carte européenne d'assurance maladie (pour les séjours en Union Européenne) et d'une autorisation de sortie du territoire (cerfa 15646\*1). Pour les participants non titulaires de la nationalité française, se renseigner auprès de leur consulat. Se référer à la page catalogue pour connaître toutes les formalités liées au séjour réservé.

**INFORMATION OBLIGATOIRE POUR TOUTE INSCRIPTION**

### AUTORISATION PARENTALE D'UTILISATION DE L'IMAGE D'UN ENFANT MINEUR

**CONSENTEMENT ET 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) \_\_\_\_\_

atteste être détenteur de l'autorité parentale de mon enfant \_\_\_\_\_ et autorise l'APAS-BTP et ses partenaires organisateurs, à utiliser les images réalisées par l'APAS-BTP et ses partenaires organisateurs.

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.

- Sur les supports suivants : blogs de séjours, sites internet, catalogues, réseaux sociaux, newsletters, affichages promotionnels.
- Pour le type de communication suivant : commerciale et non commerciale, pour le monde entier et pour une durée de 3 ans.

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. Elle 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 quelle que forme que ce soit. Cette acceptation expresse est définitive et exclut toute demande de rémunération ultérieure.

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

(précédée de la mention lu et approuvé)

Date et signature (obligatoire) :

## LIVRET DU PARTICIPANT 2020

**PHOTO OBLIGATOIRE**

Merci de renseigner très précisément l'ensemble des informations du livret et de la fiche sanitaire. Ces informations sont essentielles pour accueillir au mieux votre enfant. Documents téléchargeables sur notre site rubrique APAS-BTP/télécharger documents.

### CADRE RÉSERVÉ À L'APAS-BTP

Centre APAS-BTP ou nom du partenaire : \_\_\_\_\_

Nom du séjour : \_\_\_\_\_

Dates du séjour : du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Numéro de dossier VJ : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Suivi par l'agence : 75  77  78  91  92  93  94  95  CENTRALE DE RÉSERVATION MONTROUGE

### LE PARTICIPANT

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Fille  Garçon - Âge le jour du départ : \_\_\_\_ ans

### REPRÉSENTANT(E) LÉGAL(E) (ou Tuteur/trice)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Tél. représentant(e) légal(e) 1 :

Portable : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Domicile : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pro : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tél. représentant(e) légal(e) 2 :

Portable : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Domicile : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pro : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Situation de famille des parents :  célibataire  vie maritale  mariés/pacsés  divorcés  séparés  veuf/veuve

Numéro de sécurité sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adresse mail pour envoi d'informations : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**INDISPENSABLE. EN CAS DE RESPONSABLES LÉGAUX NON JOIGNABLES, PERSONNE TIERCE À PRÉVENIR PENDANT LE SÉJOUR :** lien de parenté \_\_\_\_\_

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_

### INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

**Pour les séjours équitacion** - niveau : \_\_\_\_\_

**Pour les séjours sports d'hiver** :  ski  surf  débutant  moyen  confirmé

**Pour les séjours linguistiques** : classe \_\_\_\_\_, année d'étude : \_\_\_\_\_ niveau :  faible  moyen  bon

Séjours déjà effectués avec l'APAS-BTP : \_\_\_\_\_

## FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2020

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

NOM DU PARTICIPANT : .....

PRÉNOM DU PARTICIPANT : .....

Taille : .....

Poids : .....

Pointure : .....

### RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

DT POLIO, date du dernier rappel | | | | | | | | | |

Merci de joindre la copie de la page DTP du carnet de santé (uniquement celle-ci).

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

- SCARLATINE     RUBÉOLE     VARICELLE     OTITE  
 OREILLONS     ROUGEOLE     COQUELUCHE     ANGINE  
 Autres : .....

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Médecin traitant : Nom ..... Tél. | | | | | | | | | |

Votre enfant est-il propre la nuit ?  oui  occasionnellement  non  
(merci de prévoir le nécessaire si besoin : alèse + couches)

Votre enfant porte-t-il des lunettes, prothèses dentaires ou auditives ?  oui  non  
Si oui, précisez : .....

### RÉGIME

Votre enfant a-t-il un régime particulier ?  oui  non

Si oui :  allergie alimentaire  intolérance alimentaire  autres

Précisez le régime : .....

### SANTÉ

Votre enfant a-t-il une allergie (autre qu'alimentaire) ?  oui avec traitement  oui sans traitement  non

Si oui, laquelle et traitement : .....

Votre enfant a-t-il de l'asthme ?  oui avec traitement  oui sans traitement  non

Votre enfant a-t-il un problème de santé ?  oui  non

Si oui, lequel : .....

Votre enfant suit-il un traitement quotidien ou occasionnel ?  oui  non

Si oui, lequel : .....

**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. Merci de joindre le protocole individuel s'il est mis en place. SANS ORDONNANCE, AUCUN TRAITEMENT NE POURRA ÊTRE ADMINISTRÉ.**

Votre enfant a-t-il un handicap ou un problème de comportement à prendre en compte pour son accueil ?

oui  non

Si oui, lequel : .....

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)

