

CONSTITUTION DU DOSSIER SEJOUR LES CYCLADES

Pour confirmer la réservation de votre enfant sur ce séjour :

Etape 1 du jeudi 12 au jeudi 19 mai 2022

Merci de bien vouloir **prendre rendez-vous au 01 40 96 71 83 – 73 49** afin de vous présenter dès le **jeudi 12 mai** au service Jeunesse-Séjours – Bureau 220 – 2^{ème} étage – au fond du couloir – **(Présence obligatoire d'un parent)** avec :

- La photocopie de carte d'identité ou passeport en cours de validité de votre enfant **et son original.**
- Autorisation de sortie de territoire (À télécharger sur le site : service-public.fr : <https://www.servicepublic.fr/particuliers/vosdroits/R46121>)
- La photocopie de la carte d'identité ou passeport du signataire de l'autorisation de sortie de territoire **et son original** (si nom différent fournir photocopie du livret de famille et son original)
- Si en possession du pass vaccinal du Covid-19, nous fournir la copie.

Ouvert du lundi au vendredi de 8h30 à 12h00 et de 13h30 à 17h30



Annulation d'office de notre part si non présentation à l'étape n°1

Etape 2 Avant le jeudi 19 mai 2022

Déposer le dossier complet soit :

- ⇒ Lors de votre rendez-vous à l'étape 1
- ⇒ A l'accueil de l'hôtel de ville dans l'urne prévue à cet effet
- ⇒ Par voie postale à l'adresse suivante : Mairie d'Antony – Service Jeunesse-Séjours place de l'Hôtel de Ville – 92160 Antony

Attention : Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte

Le dossier doit comporter :



- Le dossier sanitaire dûment rempli et signé
- Les photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé **à jour**
- La décharge parentale complétée et signée
- Attestation sur l'honneur cochée et signée
- La charte d'adhésion complétée et signée
- Le formulaire de Consentement Parental pour test Covid-19, complété et signé
- Le test d'aisance aquatique :
Si vous le possédez : **à fournir obligatoirement**
Sinon : Veuillez-vous référer à la convocation ci-jointe
- Le coupon dûment rempli mentionnant votre choix pour les modalités de règlement

(Suite au dos)





Une réunion obligatoire de présentation, aura lieu en présentiel au « 11 » Espace Jeunes le **mardi 14 juin 2022 à 18h00.**



A DEPOSER AU PLUS TARD le 24 juin 2022 :

- carte d'identité **ou** passeport en cours de validité,
- la carte européenne d'assurance maladie délivrée par votre centre de sécurité sociale.



CONDITIONS D'ANNULATION

Si vous devez annuler cette inscription, téléphonez **obligatoirement**, le plus rapidement possible, au Service Jeunesse-Séjours :

01 40 96 71 83 ou 73 49

- * **Jusqu'au jeudi 19 mai 2022 (inclus) : Annulation sans frais**
- * **A partir du vendredi 20 mai 2022 : Tout dossier annulé ou laissé sans suite sera facturé 40€**
- * **A partir du mercredi 25 mai 2022 et jusqu'au 8^{ème} jour avant le départ: le billet d'avion étant réservé nominativement, toute annulation non justifiée entrainera une pénalité de 105 €**
- * **Au-delà du 8^{ème} jour ou de non présentation le jour du départ : 100% du prix du séjour sera dû et facturé.**

ACCORD PARENTAL SUR LA CONSOMMATION DE CIGARETTE OU DE CIGARETTE ÉLECTRONIQUE

- Si le participant est non-fumeur, il s'engage à le rester
- Si le participant est fumeur :

Je soussigné(e).....autorise mon enfant à fumer en respectant les règles établies par l'équipe d'encadrement. Il s'engage à n'avoir aucune attitude incitative auprès des autres jeunes non-fumeurs et respecter l'interdiction de fumer en leur présence.

Signature :

Rappel à Loi : la vente ou l'offre gratuite de tabac à des mineurs est interdite. De même, il est interdit d'acheter des cigarettes en lieu et place des mineurs. (Loi 2009-879 du 21 juillet 2009)

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES COMMUNIQUEES PAR LA FAMILLE

.....

.....

.....

.....

.....

.....



JEUNESSE
SÉJOURS

JUILLET

LES CYCLADES +16/-18 ans

NOM DU MINEUR

.....

PRÉNOM

.....

DATE DE NAISSANCE

SEXE

.....

F M

Photo
obligatoire

RESPONSABLE LEGAL 1

NOM - PRENOM

.....

ADRESSE

.....

TEL PORTABLE

TEL FIXE

.....

EMAIL (Information séjours)

RESPONSABLE LEGAL 2

NOM - PRENOM

.....

ADRESSE

.....

TEL PORTABLE

TEL FIXE

.....

EMAIL (Information séjours)

SITUATION FAMILIALE Marié(e) /Pacsé (e) Vie maritale

Divorcé (e)/ Séparé (e) Veuf (Ve) Célibataire

NOM ET N° DE TÉLÉPHONE DE LA PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'ABSENCE DES PARENTS :

Assurance responsabilité civile de la famille

Compagnie:

N° de contrat :

NUMÉRO SÉCURITÉ SOCIALE DU PARENT

.....

DOSSIER SANITAIRE

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné(e)

Responsable du mineur

- autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- en cas de divorce ou d'autorité parentale partagée, certifie avoir informé le père ou la mère du départ en séjour de l'enfant.

- accepte que soient éventuellement diffusées sur le site de la ville d'Antony, les photos prises durant le séjour.

- accepte de recevoir via SMS des informations complémentaires (rappels de réunions, arrivée du séjour..) sur le N° de portable

Fait à Antony, le

Signature

ANTECEDENTS SANITAIRES

Ce dossier sanitaire est strictement confidentiel et permet de recueillir des informations utiles pour le séjour du mineur (Arrêté du 20 février 2003 - Art L.227-4 du code de l'action sociale et des familles). Ce dossier remplace le carnet de santé et vous sera rendu à la fin du séjour.

VACCINATIONS : Fournir une copie des pages du carnet de santé relatives aux vaccinations
Si le mineur n'a pas les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication

POUR LES +12 ANS : PASS SANITAIRE OUI NON

MALADIES INFANTILES : (cocher les cases correspondantes)

<input type="checkbox"/> Varicelle	<input type="checkbox"/> Angines	<input type="checkbox"/> Otites	<input type="checkbox"/> Scarlatine
<input type="checkbox"/> Asthme	<input type="checkbox"/> Appendicite	<input type="checkbox"/> Rhumatisme	<input type="checkbox"/> Coqueluche
<input type="checkbox"/> Rubéole	<input type="checkbox"/> Oreillons	<input type="checkbox"/> Rougeole	

INTERVENTIONS CHIRURGICALES :

.....
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX :

Problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales et des précautions à prendre : oui non

Si oui, le(s)quel(s) ?

.....
.....
.....

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

Indiquer si port de lunettes, de lentilles, d'appareil dentaire, d'appareils auditifs, problèmes de comportements du mineur, difficultés de sommeil, difficultés d'appétit, etc..*

.....
.....
.....

RÉGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER :

oui non

Si oui, lequel?

TRAITEMENT MEDICAL EN COURS :

oui non

Si oui, lequel?

*Afin que ce traitement soit poursuivi durant le séjour il est **OBLIGATOIRE** de mettre l'ordonnance et les médicaments dans la valise*

ALLERGIES :

Allergies médicamenteuses : à quels types de produit :

.....

Allergies alimentaires : à quels types d'aliments (hors aversion) :

.....

Autres (animaux, plantes, pollen) :

.....

**joindre obligatoirement le PAI, PAIP
ou un certificat médical avec le protocole d'intervention**

Merci de nous communiquer au dos toutes autres informations que vous jugerez utiles pour le bien être de votre enfant.



DECHARGE PARENTALE

Nom et Prénom de l'enfant	<input type="text"/>
Lieu du séjour	<input type="text" value="LES CYCLADES"/>
Période	<input type="text" value="JUILLET 2022"/>

Je soussigné(e) certifie être présent(e) lors du retour de centre de vacances de mon enfant aux jours et heures fixés par le service Jeunesse.
En cas d'absence de ma part, je décharge la Ville d'Antony de toute responsabilité.

Signature des parents ou du Responsable
légal



Dans le cas où le comportement de mon enfant s'avérerait incompatible avec la vie en collectivité, je m'engage à :

- accepter son rapatriement aux conditions édictées par le Service Jeunesse*,
- régler à la Ville les frais engagés dans le cas où je serai dans l'impossibilité de me déplacer,
- rembourser à la ville les dégradations commises volontairement par mon enfant durant le séjour.

Signature des parents ou du Responsable
légal



CONCERNE UNIQUEMENT LES JEUNES DE PLUS DE 14 ANS

Je soussigné(e) autorise mon enfant à rejoindre seul notre domicile au retour de son centre de vacances et de ce fait, décharge la Ville d'Antony de toutes responsabilités. (Si vous ne le souhaitez pas, ne pas signer ce chapitre)

Signature des parents ou du Responsable
légal





GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Formulaire à utiliser uniquement dans le cadre des accueils collectifs de mineurs avec hébergement

Formulaire de renseignements, d'information et de consentement pour la réalisation d'un examen de dépistage de la covid-19 utilisant, selon le cas, un test antigénique, RT-PCR ou un autotest

Pour participer au dépistage, le mineur devra fournir :

- ce formulaire complété ;
- une copie de la carte Vitale ou une copie de l'attestation de droits à la sécurité sociale

Recueil du consentement des titulaires de l'autorité parentale

Ce formulaire est utilisé dans le cadre de la surveillance des mineurs présentant des signes évocateurs de la covid-19, des cas confirmés et des cas contacts lors d'accueil collectif de mineurs avec hébergement.

Il est rappelé qu'une opération de dépistage sera organisée :

1. Au bénéfice des mineurs de moins de 12 ans indépendamment de leur statut vaccinal et des mineurs de 12 ans et plus avec un schéma vaccinal complet
 - pour la levée de l'isolement des mineurs cas positifs ou présentant des signes évocateurs de la covid-19 avec **la réalisation à J5 d'un test antigénique ou RT-PCR** ;
 - pour la surveillance des mineurs cas contacts **avec la réalisation à J0 d'un test antigénique ou RT-PCR ainsi que d'autotests à J2 et à J4** lors de la survenue d'un cas confirmé au sein de l'accueil.
2. Au bénéfice des mineurs de 12 ans et plus non vaccinés ou avec un schéma vaccinal incomplet
 - pour la levée de l'isolement des mineurs cas positifs ou présentant des signes évocateurs de la covid-19 avec **la réalisation à J7 d'un antigénique ou RT-PCR** ;
 - pour la levée de la quarantaine de 7 jours pleins des mineurs cas contacts avec **la réalisation d'un test antigénique ou RT-PCR.**

Les mineurs dont les responsables légaux auront donné leur consentement réaliseront, selon le cas susmentionné, :

- soit un **test antigénique ou RT-PCR en pharmacie ou laboratoire d'analyse** ;
- soit un **autotest** effectué au sein de l'accueil.

Ce dernier est réalisé, pour les mineurs de moins de 12 ans, **avec l'aide et sous la supervision des personnes désignées par le responsable de l'accueil pour assurer cette mission.** Les mineurs de 12 ans et plus **pourront réaliser eux-mêmes les autotests sous la supervision des personnes désignées par le responsable de l'accueil pour assurer cette mission.**

Les mineurs n'ayant pas participé aux opérations de dépistage, notamment ceux dont les responsables légaux n'ont pas donné leur consentement à la réalisation des tests, ne pourront pas poursuivre leur participation à l'accueil s'ils présentent des symptômes évocateurs de la covid-19, sont cas positifs ou cas contacts. **Les mesures d'isolement et de quarantaine, selon les cas, s'appliqueront strictement.**

Mentions d'information informatiques et libertés :

Dans le cadre de ce dispositif, trois traitements de données dont vous trouverez les caractéristiques ci-dessous, sont mis en œuvre.

1. Les données strictement nécessaires à l'organisation des tests de dépistage au sein de l'accueil collectif de mineurs (nom, prénom, consentement de ses responsables légaux (O/N)) font l'objet d'un traitement mis en œuvre sous la responsabilité du responsable de l'accueil pour l'exécution d'une mission d'intérêt public au sens du e) de l'article 6 du règlement général sur la protection des données (RGPD).

Sont destinataires de ces données le responsable de l'accueil et les personnes habilitées par ces derniers ainsi que les laboratoires en charge de la réalisation des tests.

Ces données sont conservées au sein de l'accueil jusqu'à la fin de de ce dernier.

Les droits d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition, prévus par les articles 15, 16, 18 et 21 du RGPD s'exercent auprès du responsable de l'accueil.

2. L'ensemble des données collectées via le formulaire font l'objet d'un traitement mis en œuvre sous la responsabilité du laboratoire, pour l'exécution d'une mission d'intérêt public au sens du e) de l'article 6 du RGPD afin de permettre la réalisation des tests de dépistage à la covid-19 au sein de l'accueil concerné, ainsi que leur prise en charge financière.

Sont destinataires des données dans la limite de leur besoin d'en connaître, le responsable de l'accueil en sa qualité de sous-traitant pour la collecte et la transmission de ces données à caractère personnel au laboratoire, ainsi que les personnes habilitées au sein du laboratoire.

Les données sont supprimées par l'accueil à l'issue de la réalisation des tests.

Les droits d'accès, de rectification de limitation et d'opposition, prévus par les articles 15, 16, 18 et 21 du RGPD s'exercent auprès du laboratoire concerné.

3. L'ensemble des données collectées par le laboratoire de biologie médicale en vue de la réalisation de tests au sein de l'accueil ainsi que les résultats de ces tests sont enregistrés dans le système d'information national dénommé SI-DEP. Ce traitement est mis en œuvre par la Direction générale de la santé du ministère chargé des solidarités et de la santé, conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et de son décret d'application (II du décret du 12 mai 2020 relatif aux systèmes d'information mentionnés à l'article 11 de la loi n° 2020-546 du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et complétant ses dispositions), qui précise notamment les destinataires des données.

Ce traitement d'intérêt public a pour finalité de centraliser les résultats des examens de dépistage Covid-19 en vue de leur réutilisation à des fins d'enquête sanitaire, de surveillance épidémiologique et de recherche via la plateforme des données de santé.

Pour plus d'information sur ce traitement et vos droits sur les données du mineur et sur les vôtres: consultez le site du ministère des solidarités et de la santé (<https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>). Pour exercer ces droits (accès, rectification, limitation, voire opposition), nous vous invitons à contacter l'adresse postale 'Réfèrent en protection des données – Direction Générale de la Santé (DGS) - Ministère des solidarités et de la santé - 14 avenue Duquesne – 75350 PARIS 07 SP' ou l'adresse électronique siddep-rgpd@sante.gouv.fr.

Les données du mineur peuvent être conservées dans SI-DEP pour une durée de trois mois afin de permettre le respect des obligations réglementaires en termes de traçabilité du test. A l'issue de ce délai, les données du mineur seront supprimées. Une copie pourra être archivée pendant le délai légal aux fins de constatation, d'exercice ou de défense des droits en justice.

Dans l'éventualité de résultat positif, ces données sont transférées dans le système d'information national dénommé « Contact Covid », mis en œuvre par la direction générale de la santé du ministère chargé des solidarités et de la santé, conformément aux dispositions de l'article 11 de la loi du 11 mai 2020 prorogeant l'état d'urgence sanitaire et de son décret d'applicati



ATTESTATION SUR L'HONNEUR

DE NON CONTRE INDICATION MEDICALE ET SPORTIVE

Conformément aux dispositions des articles L. 231-2 et suivants du Code du Sport, la production d'un certificat médical de non contre-indication à la pratique sportive n'est pas obligatoire mais est cependant vivement conseillée afin de garantir l'état de santé de mon enfant.

Je fournis pour ce séjour, un certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activités sportives (- 1 an à la date du départ).

Je ne souhaite pas produire de certificat médical, la décision reste sous mon entière responsabilité.

Je soussigné(e) M/Mme _____
en ma qualité de représentant légal de _____

Atteste sur l'honneur que mon enfant ne présente aucune contre-indication médicale et physique à la pratique des activités nautiques et aquatiques y compris les autres activités sportives proposées pendant le séjour.

MESURES SANITAIRES – COVID 19

Je m'engage à :

renseigner le dossier sanitaire le plus précisément possible ;

signaler toute information médicale pouvant remettre en question :

- la pratique de l'activité sportive durant le séjour ;
- l'accueil du mineur en collectivité ;

n'avoir pas connaissance que mon enfant ait été en *contact étroit avec un cas confirmé de la covid-19 dans les 14 jours précédant le départ.

informer le service Jeunesse si mon enfant présente 48h avant le départ, les symptômes suivants : - de la fièvre ou des frissons - une toux ou une augmentation de sa toux habituelle - une fatigue inhabituelle - un essoufflement inhabituel quand il parle ou qu'il fait un petit effort - des douleurs musculaires et/ou des courbatures inhabituelles - des maux de tête inexpliqués - une perte de goût ou d'odorat - des diarrhées inhabituelles ou tout autre signe évocateur de la covid-19.

prendre sa température avant le départ. En cas de symptômes ou de fièvre (38,0°C), l'enfant ne pourra pas prendre part au séjour.

en cas d'évolution du protocole sanitaire, communiquer un complément d'information médicale à la demande du service jeunesse.

Date / /

Signature du représentant légal
Précédée de la mention « certifié pour faire valoir »

**Un contact étroit est une personne qui a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) que le cas confirmé ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas et/ou pendant plus de 15 minutes, au moment d'une toux, d'un éternuement ou lors d'une discussion.*



CHARTRE D'ADHESION AU SEJOUR ITINERANT

Afin de garantir le bon déroulement du séjour, la sécurité, et l'épanouissement de chacun, nous te proposons de lire attentivement et de signer la charte suivante.

La signature du participant ainsi que du (des) parents ou responsable(s) légal (aux) atteste que vous êtes en accord avec les droits et devoirs énoncés ci-dessous.

MES DROITS

- de m'exprimer et d'être écouté(e)
- être acteur de mon séjour, c'est-à-dire de participer aux décisions sur l'organisation du séjour, de m'impliquer dans les démarches, de faire des propositions...
- d'être respecté(e), sur ce que je suis, sur mes habitudes de vie, sur mes croyances, dans mes choix...
- d'avoir des moments pour moi, pour me reposer, pour m'isoler si j'ai besoin de réfléchir ou de me retrouver seul (e)
- de participer si j'en ai envie aux activités sans entraver l'organisation du groupe
- d'accéder aux pratiques sportives ou culturelles, pour mon bien être ou mon épanouissement
- de découvrir un nouvel environnement naturel et culturel

MES DEVOIRS

- d'écouter les autres membres du groupe
- d'être responsable de mes effets personnels et de respecter le matériel collectif confié
- de participer aux tâches de la vie collective (rangement, vaisselle, transport du matériel, cuisine, course...)
- de respecter les autres membres du groupe, leurs habitudes de vie, leurs croyances, leurs choix...
- d'avoir une attitude laïque et aucune attitude discriminante
- de respecter les lieux d'hébergement et le sommeil des autres
- de respecter les règles de vie collective et de sécurité
- d'utiliser mon téléphone portable uniquement sur les moments décidés avec l'équipe et de ne pas en détourner son usage à des fins de violence envers autrui (atteinte à la dignité et à la réputation : harcèlement, vidéo non autorisée, insulte sur internet etc).
- de ne pas consommer ni détenir de l'alcool, tout produit stupéfiant ou de substitution
- de respecter la loi française et celle du pays d'accueil
- de ne recourir à aucune maltraitance ou violence qu'elle soit physique, morale, psychologique ou en réunion
- de respecter l'environnement naturel et culturel

Je suis fumeur (se) : oui non

Je m'engage à n'effectuer aucune modification de mon aspect physique (type tatouage, piercing, coupe de cheveux...) durant le séjour.

En cas de non-respect de la charte, des règles de vie du centre ou de la loi, un rapatriement sera rapidement effectué à la charge du (des) parent(s) ou responsable(s) légal (aux).

Nom et prénom de l'inscrit :

Fait à Antony, le

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Le jeune

Le responsable légal

CONVOCATION TEST D'AISANCE AQUATIQUE

SEJOUR *LES CYCLADES*

ETE 2022



Le passage du test d'aisance aquatique (avec ou sans brassière de sécurité conforme à la réglementation en vigueur) atteste l'aptitude du mineur à :

- effectuer un saut dans l'eau,
- réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes,
- réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes,
- nager sur le ventre sur 20 mètres,
- franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

Et est **obligatoire** pour permettre à votre enfant de participer aux activités aquatiques et nautiques prévues durant le séjour.



● Veuillez noter que le passage du test se déroulera sur deux jours:

👉 **Le lundi 20 juin 2022 de 17h00 à 19h00**

*au Centre Aquatique Pajeaud
- 106, rue Adolphe Pajeaud à Antony -*



Merci de vous présenter obligatoirement muni :

- **de la pièce d'identité du participant au séjour**
- **d'un bonnet de bain**
- **d'un exemplaire de l'attestation préalablement rempli (Inscrire nom et prénom du participant sur l'attestation)**

Rappel : Il est impératif que votre enfant soit présent au jour de la convocation noté ci-dessus. Aucune autre session ne sera organisée pour ce séjour.



Attestation de réussite au test d'aisance aquatique



Ce test est un préalable à la pratique des activités aquatiques et nautiques (canoë-kayak et disciplines associées, descente de canyon, ski nautique, nage en eau vive, surf, glisse aérotracté nautique, voile) en Accueil Collectifs de Mineurs (ACM).
(Arrêté du 25 avril 2012 fixant les modalités d'encadrement et les conditions d'organisation et de pratiques de certaines activités physiques en ACM)

Je, soussigné(e) (Nom, Prénom) :

Titulaire du diplôme :

Diplôme.....N° diplôme :

Atteste que Mme, M. né(e) le / /

A RÉUSSI LE TEST D'AISANCE AQUATIQUE

AVEC BRASSIÈRE DE SÉCURITÉ (Cocher si nécessaire)

Fait à, le / /

Signature



Rappel : pour valider le test, le candidat doit enchaîner les 5 actions suivantes :

- effectuer un saut dans l'eau,
- réaliser une flottaison sur le dos pendant 5 secondes,
- réaliser une sustentation verticale pendant 5 secondes,
- nager sur le ventre sur 20 mètres,
- franchir une ligne d'eau ou passer sous une embarcation ou un objet flottant.

Le parcours peut être effectué avec une brassière de sécurité

A COMPLETER ET RETOURNER OBLIGATOIREMENT AVEC LE DOSSIER

- NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

Pour rappel, faire calculer auprès de la Régie Centrale le revenu retenu pour appliquer votre **taux d'effort**. **Attention** sans cette information le séjour vous sera facturé au tarif maximum.

- Sinon considérez-vous être au tarif maximum oui non

- Souhaitez-vous payer : *(cocher la case correspondante)*

PAR PRELEVEMENT AUTOMATIQUE			
1 FOIS	2 FOIS	3 FOIS	4 FOIS

OU

AU COMPTANT (carte bleue, chèque, espèces, internet...)

- Si vous souhaitez payer par prélèvement, retourner dûment remplie le mandat joint, accompagné d'un R.I.B.

⇒ ne joindre aucun règlement au dossier → attendre de recevoir la facture pour effectuer le paiement.

LES BONS CAF 92

Sont à joindre au dossier après les avoir signés.

Sont pris en compte UNIQUEMENT - lorsque le paiement est au **COMPTANT**
- lorsqu'ils sont transmis avant le début du séjour.

En cas de choix par prélèvement automatique, une facture acquittée vous permettra de vous faire rembourser de votre bon caf par l'organisme.