

Photo  
d'identité  
*Mettre Nom  
et Prénom au dos*  
(Obligatoire pour  
Remontées  
mécaniques)

# UGAB

## BULLETIN D'INSCRIPTION

### Séjour de ski au CHÂLET CENT CRISTAUX Du 15 au 22 février 2020

**1**  
**RENSEIGNEMENT  
CONCERNANT  
LE PARTICIPANT**

(Écrire lisiblement  
En majuscules)

NOM du PARTICIPANT.....  
PRÉNOM.....  
Date de naissance ..... /...../.....  
Age.....ans  
Sexe  Féminin  Masculin

**2**  
**RENSEIGNEMENT  
CONCERNANT  
LES PARENT**

(Écrire lisiblement  
En majuscules)

NOM et PRÉNOM du responsable légal de l'enfant\*.....  
Adresse : .....  
Code Postal..... Ville .....  
Téléphones: Domicile.....  
Portable Mère.....  
Portable Père.....  
Email .....  
Profession du Chef de famille ou du Tuteur.....  
N° de Sécurité Sociale: .....  
Personne à contacter en cas d'absence des parents: .....  
Adresse.....  
Téléphone:.....

Réservation cours de ski (ESF) :  Oui  Non

Niveau à inscrire :  Débutant  1\*  2\*  3\*

Taille de l'enfant (en cm)..... Tour de tête (en cm)..... Pointure chaussures de ville..... Poids.....

### Acompte 250 euros

(L'acompte versé ne sera pas restitué sauf motif valable)

#### Annulation

En cas de défection, outre la cotisation et les frais de dossier, les sommes suivantes resteront acquises à l'association :

- 25 % du prix du séjour (annulation 90 jours avant le début).
- 50 % du prix du séjour (annulation 45 jours avant le début).
- 100 % du prix du séjour (annulation 30 jours avant le début et /ou non - présentation).

L'adhésion à l'association n'est jamais remboursable. Important : Avant de solliciter une inscription, il est vivement conseillé de bien prendre connaissance des activités proposées : en cas de renvoi d'un enfant ou d'un adolescent pour non-adaptation à la vie en collectivité ou pour des raisons disciplinaires, les parents ou la personne responsable, prendront en charge son voyage retour ainsi que le voyage aller et retour de l'accompagnateur et les frais de mission de ce dernier.

Je laisse toute l'attitude au Directrice du séjour pour faire pratiquer EN CAS D'URGENCE  
sur mon fils\* ma Fille\* toute intervention chirurgicale nécessaire.

Je soussigné (e) Nom, prénom.....  
Père/ Mère/ Tuteur autorise mon fils/ ma fille à participer au séjour organisé par l'UGAB

À.....Le..... Signature obligatoire

**Pour les participants de moins de 18 ans:**

En participant à ce programme, je comprends que mon enfant peut être photographié ou filmé par les équipes de l'UGAB et leurs ayants droit. J'autorise l'UGAB à utiliser les photos, vidéos et images de films où mon enfant apparaît, à des fins légitimes, pour des supports marketing tels que des publications sur internet, des brochures, des magazines, des publicités, sur des réseaux sociaux ou tout autre média connu ou à connaître, et dans chaque cas avec ou sans mention de son nom. L'UGAB possède le droit exclusif de tout media, de toute autre reproduction et des droits d'auteurs.

\_\_\_\_\_  
PRENOM ET NOM DU PARENT

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PARENT

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
PRENOM ET NOM DE L'ENFANT