



UN MOUVEMENT
POUR TOUS

DÉPARTEMENT ÉDUCATIF DE LA JEUNESSE JUIVE

COLOS 07/19

FICHE D'INSCRIPTION

**MERCI DE REMPLIR
EN LETTRES CAPITALES
ET DE RETOURNER ACCOMPAGNÉE DE
VOTRE RÉGLEMENT AVANT LE 5 JUIN.
POSSIBILITÉ DE RÉGLER EN 3 FOIS**
*Possibilité d'obtenir une bourse :
contactez le DEJJ de votre ville*

photo

Cochez le centre choisi

ESPAGNE : CARTE D'IDENTITÉ EN COURS DE VALIDITÉ OBLIGATOIRE - AUTORISATION PARENTALE
(OU DU TUTEUR) DE SORTIE DU TERRITOIRE - CARTE ASSURANCE MALADIE EUROPÉENNE

ISRAËL : PASSEPORT VALIDE
6 MOIS APRÈS LA DATE DE RETOUR

REDEF
8-9-10 ans-
FONCOUVERT
7 au 24 juillet
990 €*

PIONNIERS
11 à 14 ans
LA TOUSSUIRE
7 au 24 juillet
990 €*
*J'ai 11 ans ou je passe en 6^e
jusqu'à : je suis né en 2005*

JAC
14 à 16 ans
ESPAGNE ADN
7 au 21 juillet
1 190 €*
je suis né en 2005

JAC
14 à 16 ans
**ESPAGNE
DÉCOUVERTE**
8 au 22 juillet
1 390 €*
je suis né en 2005

JAC
15 à 17 ans
ISRAËL
10 au 24 juillet
tarif en cours
(PM : tarif 2017 : 1 695 €)

avec le soutien



CAUTION : 150 € par chèque.

Ce chèque sera encaissé seulement en cas de non remboursement de frais médicaux avancés ou de règlement de réparation pour dégradation, ou sera détruit après le centre de vacances.

** Participation par enfant : tout compris - hors adhésion annuelle.*

Nom : _____ **prénom :** _____ **sexe :** Garçon Fille

date de naissance : _____ **lieu de naissance :** _____

père : _____ **profession :** _____
(nom, prénom)

adresse : _____

mobile : _____ **mail :** _____ **tél domicile :** _____

mère : _____ **profession :** _____
(nom, prénom)

adresse : _____

mobile : _____ **mail :** _____ **tél domicile :** _____

mail de l'enfant : _____ **mobile de l'enfant :** _____

Assurance activités extra scolaires (nom et numéro) : _____

(Votre assurance scolaire obligatoire couvre souvent les activités périscolaires)

N° CAF : _____ **Quotien Familial :** _____

N° de Sécurité Sociale : _____ **Régime :** _____ **Nom de l'assuré :** _____

Mutuelle (nom et n°) : _____

Votre enfant souhaite partager la chambre de *(souhait pris en compte jusqu'au 5 juin et dans la mesure du possible) :* _____

Votre souhait doit impérativement respecter les groupes d'âge du centre. cf : fiches par colo

Établissement scolaire fréquenté : _____ **classe :** _____

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)..... Père, Mère, Tuteur de.....
ayant autorité, déclare inscrire mon enfant au programme du DEJJ, coché ci-dessus. J'autorise mon enfant à prendre part à toutes les activités organisées par le DEJJ. J'atteste avoir pris connaissance et accepter le règlement intérieur du DEJJ. J'autorise également les responsables du DEJJ à prendre toute mesure médicale, le cas échéant.

Je m'engage à rembourser au DEJJ, les frais médicaux qui pourraient être avancés en mon nom, en cas de maladie, ou d'accident.

J'autorise le DEJJ à utiliser l'image de mon enfant dans ses diverses communications.

Date et signature (père et mère) *précédée de la mention « lu et approuvé »*

Père _____ Mère _____ Tuteur _____

Adhésion annuelle : 20 €

Payé le : Chèque :€ Espèce :€