

DOSSIER
D'INSCRIPTION



Madame, Monsieur,

Vous ou votre proche souhaitez participer à l'un des séjours de l'association L&M Evasion.

Afin de prendre en compte votre demande dans les meilleures conditions, veuillez nous retourner les documents ci-dessous dans les plus brefs délais, par e-mail de préférence (vous pouvez remplir de manière numérique les formulaires) à "cap.evasion.lm@gmail.com" ou bien par courrier à l'adresse "L&M Evasion, lieu-dit le Thorus, 86370 Château-Larcher".

- ✓ le bulletin d'adhésion pour l'année 2021
- ✓ le dossier de réservation qui contient la fiche d'inscription et la fiche de renseignement dûment remplie
- ✓ la photocopie de la carte d'identité et/ou du passeport, la photocopie de la carte d'invalidité
- ✓ l'attestation d'assurance maladie ainsi que l'attestation complémentaire
- ✓ Le dossier médical du vacancier complet sous enveloppe cacheté, nous l'ouvrons qu'en cas de soucis majeur (concerne les vacanciers étant en établissement MAS, FAM, ou ayant des soucis de santé important).
- ✓ le règlement de l'adhésion, 30% du règlement du séjour ainsi que le règlement de l'assurance annulation si vous souhaitez la souscrire (+ 4% du prix de séjour) à l'ordre de « L&M Evasion » ou bien par virement bancaire (IBAN FR76 1940 6000 2667 1736 4399 033 / BIC AGRIFRPP894).

Si vous êtes un ancien adhérent veuillez nous faire parvenir seulement l'attestation complémentaire, ainsi que les photocopies des documents réactualisés (nouvelle carte identité, d'invalidité, etc).

Nous vous remercions de faire confiance à L&M Evasion et restons à votre entière disposition pour d'éventuels renseignements complémentaires.

Veillez agréer nos sincères salutations.

Directrice de l'association,
Louise-Marie Desbrousses

FICHE D'INSCRIPTION

PARTICIPANT

NOM : _____ PRENOM(S) : _____

SEXE : H F

DATE DE NAISSANCE : _____

LIEU de NAISSANCE : _____

Adresse : _____

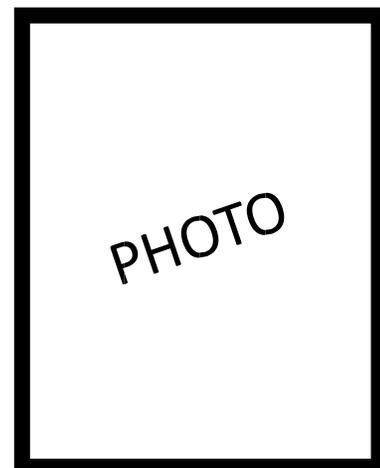
Code postal : ____ / ____ Ville : _____

Tel : _____ Mail : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Caisse Affiliation : _____

Coordonnées médecin traitant : _____



Le participant vit-il en institution ? oui non

Si oui quel type d'établissement :

foyer d'hébergement foyers de vie FAM MAS autres

Contact : NOM du référent : _____

Tel : _____ Mail : _____

PROTECTION JURIDIQUE DU PARTICIPANT

Le participant a-t-il une protection juridique ? oui non

NOM : _____ PRENOM(S) : _____

FONCTION (famille, tuteur, curatelle) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Tel : _____ Mail : _____

Le participant a-t-il l'autorisation de droit de vote ? oui non

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCES

NOM : _____ PRENOM(S) : _____

LIEN : _____ Tel : _____

NOM : _____ PRENOM(S) : _____

LIEN : _____ Tel : _____