



Remplissez le formulaire à l'écran, imprimez-le, signez-le et retournez-le au **CDJ - 250 rue du Pont - 35800 Saint-Lunaire**

Ref séjour :  Dates séjour : du  au :  NOM :

Prénom	Date de Naissance	Sexe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Adresse complète:**

Tel :  Mobile :

Mél :

J'adhère à l'Association CDJ pour l'année en cours :  Oui  
 Cotisation individuelle annuelle personne majeure 4€, mineurs 2€. Vous recevrez une carte de membre individuelle montrant votre attachement à notre association.

**Pour les séjours Revitaliz, Marche et Emerald :**

Couple  
 J'accepte de partager ma chambre avec 1 ou 2 pers.  
 Chambre individuelle avec sanitaire + 100 €  
 Chambre individuelle sanitaire extérieur + 60 €  
 (3 chambres réservées aux premiers inscrits )

**Pour le camp jeunes et familles :**

<b>Hébergement :</b>	<b>Pension :</b>
<input type="checkbox"/> Chambre	<input type="checkbox"/> Pension complète
<input type="checkbox"/> Chalet (5 pers min)	<input type="checkbox"/> 1/2-pension
<input type="checkbox"/> Caravane CDJ	<input type="checkbox"/> Midi
<input type="checkbox"/> Camping(matériel personnel)	<input type="checkbox"/> Soir
	<input type="checkbox"/> Sans repas

**A compléter obligatoirement par tous les participants majeurs**

Je soussigné(e): Nom:  Prénom:   
 Nom:  Prénom:

☞ autorise Le CDJ à utiliser les photos, diapositives, vidéos...etc (sans limitation temporelle) où mon image apparaîtrait, pour lui permettre de promouvoir ses activités par tous les moyens actuels (vidéos, diaporamas, tracts, dépliants, plaquettes, Internet...). *liste non exhaustive*

☞ J'accepte de recevoir par courrier ou par mél des informations concernant le CDJ

**Date et signature:**

**A compléter obligatoirement pour tous les participants mineurs des séjours jeunes et familles.**  
 Pour les activités organisées et encadrées par le CDJ

Je soussigné(e) Nom :  Prénom :   Père  Mère  Tuteur

autorise l'enfant ou les enfants (préciser tous les noms et prénoms)

--	--	--	--

dont je suis responsable légal :

☞ A recevoir les soins d'urgence nécessités par son état de santé, et éventuellement à être hospitalisé et anesthésié le cas échéant.

☞ A être transporté dans les véhicules du CDJ .

☞ A se baigner conformément aux règlements en vigueur dans les centres de vacances collectifs

☞ J'autorise Le CDJ à utiliser les photos, diapositives, vidéos...etc (sans limitation temporelle) où mon enfant apparaîtrait, pour lui permettre de promouvoir ses activités par tous les moyens actuels (vidéos, diaporamas, tracts, dépliants, plaquettes, Internet...). *liste non exhaustive*

☞ J'accepte de recevoir par courrier ou par mél des informations concernant le CDJ

**Date et signature :**