Formulaire de réservation

Participant

Prénom et nom: _____

Genre: _____

Date de naissance: _____

Autonomie: ☐ I1 ☐ I2 ☐ I3
☐ M1 ☐ M2 ☐ M3
☐ S1 ☐ S2 ☐ S3

Lieu de résidence: ☐ FH ☐ FV ☐ FAM

Travailleur ESAT: ☐ OUI ☐ NON

Séjour souhaité: _____

En couple: ☐ OUI ☐ NON Avec: _____

Partage la même chambre: ☐ OUI ☐ NON

Professionnel médical: ☐ OUI ☐ NON

Motif: _____

Enurésie: ☐ OUI ☐ NON

Encoprésie: ☐ OUI ☐ NON

Structure d'accueil / Famille

Nom: _____

Adresse:_____

CP et ville: _____

Référent: _____

Téléphone:_____

Mail: _____

Contact facturation

Nom: _____

Adresse:_____

CP et ville: _____

Référent: _____

Téléphone:_____

Mail: _____

Transport

☐ Pré-achaminement depuis lieu de résidence (cf conditions)

☐ Pré-achaminement depuis une ville de regroupement (cf conditions)

☐ Rendez-vous directement sur le lieu de regroupement

Attention, ce formulaire ne confirme pas l'inscription. Nous avons à coeur de nous assurer de la cohésion de l'autonomie et du rythme entre le futur vacancier et le séjour choisi.
Nous vous confirmerons par e-mail et sous 72h la réservation du séjour.
Un acompte de 30% est demandé dans les 15 jours suivant cette confirmation.

Prénom nom: _____

Signature: _____