



BULLETIN D'INSCRIPTION COLOS

Noël - Hiver - Printemps 2018-2019

COMPLÉTEZ ÉGALEMENT LA FICHE SANITAIRE

À remplir en majuscules – Un bulletin et une fiche sanitaire par enfant et par séjour.

À retourner : Agospap, service Juniors, 8 rue Benjamin Constant - CS 90051 - 75945 Paris Cedex 19.

Pour plus d'informations, consultez les conditions générales de vente (pages 37 à 46). Tout dossier incomplet sera retourné.

L'ouvrant droit Identifiant (n° APH, SOI...) :

AP-HP | Ville de Paris |

Etablissement conventionné

NOM :

Prénom(s) :

Situation familiale : Marié(e) | Divorcé(e) |

Séparé(e) | Célibataire | Vie maritale |

Veuf(ve)

Adresse :

Code postal : | Ville :

N° de téléphone (obligatoire) :

Domicile : | Mobile :

Professionnel : | Poste :

Courriels (facultatif) :

Professionnel :

Personnel :

Renseignez le quotient familial communiqué par l'Agospap (cf. page 8)

QF :

Je ne souhaite pas faire calculer mon QF et je règle le prix Q1.

Mode de paiement :

prélèvement bancaire en 4 fois (joindre un RIB).

au comptant (par carte bancaire, chèque ou espèces*)

*les règlements supérieurs à 1000€ ne sont pas acceptés.

Assurance annulation : 3,90 €

oui | non

L'enfant

Fille | Garçon

NOM :

Prénom(s) :

Adresse :

Code postal : | Ville :

Date de naissance : / /

Nationalité :

Âge le jour du départ : ans

Lien avec l'ouvrant droit :

Responsable ayant la garde de l'enfant

Père | Mère | Tuteur | Autre (préciser) :

En cas d'urgence, prévenir (nom, adresse, tél.) :

Pour les séjours linguistiques, classe suivie

en 2018/2019 :

Lieu et dates du séjour

SÉJOUR À	NOM DU SÉJOUR	OPTION 1 OU 2 (1)	PAGE	DATES DE SÉJOUR
Ex. : Ancelle "L'Aiglière"	Ski alpin ou snowboard	Snowboard	12	du 30/12 au 06/01
1. ....	.....	.....	.....	du au
2. ....	.....	.....	.....	du au
3. ....	.....	.....	.....	du au

(1) Si indiquée sur le descriptif du séjour.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce bulletin, accepte les conditions générales de séjour décrites dans la brochure dont le prix du séjour correspondant à mon QF et autorise le directeur du séjour à faire pratiquer les soins nécessaires et, en cas d'urgence, toute intervention chirurgicale sur cet enfant ; je m'engage à rembourser tous les frais rendus obligatoires pour ces soins ; je m'engage à communiquer à l'Agospap toutes les informations liées à la santé de mon enfant. **J'ai bien pris note des conditions d'annulation.**

Fait à le / /

Signature originale (pas de photocopie) du demandeur et du responsable de l'enfant si différent, précédé de la mention manuscrite « Lu et approuvé » :

Autorisation de filmer ou de photographier votre enfant

pour une utilisation sur nos supports de communication

oui | non

Mandat de prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Agospap à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Agospap. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Veillez compléter les champs marqués * et joindre un IBAN

Votre nom et prénom * :

Votre adresse * :

Code postal * : | Ville * :

Pays * :

Les coordonnées de votre compte *

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN

(International Bank Account Number) : *

Code international d'identification de votre banque – BIC (Bank Identifier Code) : *

Nom du créancier : Agospap • Identifiant Créancier SEPA – ICS :

FR20ZZ397350 Adresse : 8 rue Benjamin Constant 75019 Paris France

Type de paiement : Paiement récurrent

Signé à * | Le / /

Signature(s) *

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Les informations liées au séjour de votre enfant sont traitées par les services de l'Agospap en tant que responsable de traitement. Ces données sont conservées cinq ans, elles pourront par la suite être anonymisées à des fins statistiques. Elles viennent compléter les informations reçues directement de votre administration employeur. Informez l'Agospap de votre qualité d'ouvrant droit. Conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité et de suppression de vos données ou encore de limitation du traitement. Vous pouvez également pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez à tout moment exercer vos droits en adressant votre demande par courrier à l'Agospap – 8 rue Benjamin Constant – 75019 Paris ou à juridique@agospap.com en joignant une copie de votre pièce d'identité.