

# EHAD SUMMER CAMP

## Dossier d'inscription

Chevet (groupe) :

6/10 ans  11/14 ans

Fille  Garçon

Nom .....

Prénom .....

Adresse .....


Code Postal ..... Ville .....

Date de Naissance ..... / ..... / .....

Lieu de Naissance .....

 domicile .....

 père .....

 mère .....

 jeune .....

@ parents .....

@ jeune .....

Nom de jeune fille de la mère .....

Date du mariage religieux ..... / ..... / .....

École fréquentée .....

Personnes souhaitées dans la chambre .....

Pointure de chaussure de l'enfant (bowling)  
.....

# EHAD SUMMER CAMP

## Prix du séjour :

**990 €**

Pension complète cachet,  
Hébergement,  
Activités

---

## Inscription :

L'inscription sera considérée comme définitive à réception des documents suivants :

- Le formulaire d'inscription et les conditions générales signées
- La fiche sanitaire de liaison
- Un chèque d'adhésion de 30 € pour l'année 2020
- Un certificat médical autorisant votre enfant à effectuer des activités sportives
- Le règlement :

Un chèque de 450€ encaissable à réception du dossier  
et jusqu'à 2 chèques pour les 540€ restants (avec les dates d'encaissement au dos)

Dès réception de votre dossier complet, vous recevrez une confirmation par téléphone.

**Le dossier d'inscription est à retourner par email à l'adresse suivante :**

**[ehadcontact@gmail.com](mailto:ehadcontact@gmail.com)**

**Ou bien par courrier à l'adresse postale suivante :**

**Association EHAD  
73 Avenue d'Italie  
75013 Paris**

# EHAD SUMMER CAMP

## Conditions Générales :

### 1. Les valeurs partagées par le judaïsme :

Torah et Tsion sont les valeurs de EHAD ainsi que la cacherout, le respect du shabbat, les prières quotidiennes le respect de soi et des autres.

### 2. Les inscriptions :

Les conditions générales d'inscription sont considérées comme connues et acceptées dès le premier paiement. Une inscription n'est enregistrée que lorsque le dossier est complet et accompagné du règlement total. EHAD se réserve le droit de refuser une inscription sans avoir à en justifier les raisons.

### 3. La cotisation :

EHAD est une association régie par la loi du 1er juillet 1901. à ce titre, l'adhésion est obligatoire pour la participation à un séjour. Le montant de cette cotisation est de 30 € par an.

### 3. Les responsabilités :

Chaque adhérent doit posséder une assurance responsabilité civile. En cas de détérioration de matériel, de dégradations et autres, EHAD pourra exiger le remboursement intégral des dégâts causés. En outre, les participants doivent respecter les règles applicables à la vie du centre. Il est aussi strictement interdit pour les personnes participantes d'introduire et de consommer de l'alcool, du tabac et des drogues. EHAD pourra procéder à l'exclusion des personnes dont le comportement met en danger ou perturbe la santé, la sécurité et la vie des autres participants. Dans le cas d'un renvoi pour violation des présentes, il ne sera procédé à aucun remboursement de la part de EHAD. Les frais de renvoi sont à la charge des familles du participant.

### 4. Le prix :

Le prix comprend les services indiqués pour chaque séjour. Les règlements devront être libellés à l'ordre de EHAD. En ce qui concerne les éventuelles avances de frais médicaux : Les frais avancés par EHAD au titre d'une maladie ou d'un accident d'un enfant lui seront intégralement remboursés par les familles. A ce titre, les justificatifs de soins seront adressés aux familles.

### 5. Annulation :

Les personnes souhaitant annuler leur participation devront le faire par lettre recommandée avec avis de réception. Le cachet de la poste fera foi. Des frais d'annulation seront retenus sur les sommes déjà versées.

Ces frais seront en fonction de la date de l'annulation :

- Plus de 2 semaines avant le départ : Retenue de 25 % sur les sommes déjà versées
- 2 semaines avant le départ : Retenue de 50% sur les sommes déjà versées
- 8 jours avant le départ : Retenue de 90% sur les sommes déjà versées
- Départ prématuré du centre ou annulation après le départ : Aucun remboursement

### 6. Droit à l'image :

L'adhérent accorde à EHAD (ses représentants et toutes personnes agissant avec la permission de EHAD) la permission irrévocable de publier toutes les photographies ou images vidéos prises de lui-même. Ces images peuvent être exploitées sous quelque forme que ce soit. L'adhérent s'engage à ne pas tenir responsable EHAD ainsi que toute personne agissant avec sa permission de ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur, de densité lors de la reproduction. L'adhérent a lu et compris toutes les implications de cette renonciation. En cas de refus, l'adhérent devra faire parvenir à EHAD un courrier par lettre recommandée avec accusé de réception, notifiant ce refus au moins 15 jours avant le séjour.

### 7. Informatique et libertés :

Conformément à la loi N°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations nominatives vous concernant. Sauf avis contraire du participant, EHAD se réserve le droit d'utiliser les informations pour vous faire parvenir diverses documentations (courrier, mail ou sms).

## Date et signatures :

Les parents :

L'enfant :



**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS**

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT**

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....  
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : ..... BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné, .....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.*

Date : Signature :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES**

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

**EHAD - LA JEUNESSE EN ACTION**  
**17 BIS RUE JEAN POULMARCH**  
**75010 PARIS**  
**07 77 75 94 82 - ehadcontact@gmail.com**

**OBSERVATIONS**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....