



Toute l'équipe de **Water Addict** vous souhaite la bienvenue. Pour faire votre réservation vous devez prendre contact avec nous pour connaître la disponibilité:

- Par email: [contact@water-addict.com](mailto:contact@water-addict.com) ou par tél: +33 (0)7 83 12 57 40

- Nous renvoyer le bulletin ci dessous par courrier ou par email accompagné d'un acompte de 30% payable par CB, virement bancaire, chèque ou chèques ANCV.

## VOTRE FORMULE :

# SURF CAMP INTENSIF - 18 ans

## Programme intensif multi-activités

7j/6nuits en pension complète + encadrement 24h/24 + 2 à 3 sessions surf/jour/5j + analyses vidéos/photos + cours théoriques + Skateparks + Yoga + visites.

BASSE SAISON

**850€** hors options

HAUTE SAISON (mi-juin/mi-sept)

**990€** hors options

NIVEAU DÉBUTANT/INTERMEDIAIRE

NIVEAU PERF

NIVEAU COMPETITION

ARRIVEE : dimanche ...../...../..... à partir de 17h

RETOUR : samedi ..... /..... /..... avant 11h

## INFORMATIONS CONCERNANT LE STAGIAIRE

NOM	PRENOM	SEXE	DATE NAISSANCE	AGE
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		

ADRESSE DOMICILE	VILLE, CODE POSTAL	PAYS
PORTABLE DU STAGIAIRE	EMAIL DU STAGIAIRE	

FRANCOPHONE	ANGLOPHONE
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

## COORDONNEES DE L'INTERLOCUTEUR POUR L'INSCRIPTION

Nom :	Prénom :
Email :	Téléphone fixe :
Portable :	Lien de parenté :



## **ARRIVEE ET DEPART DE LA BEACH HOUSE (aéroport de Biarritz ou Gare de Bayonne)**

**FORMULES navettes:**     **ALLER ou RETOUR +50€** /  **ALLER et RETOUR +100€**

### **J'arrive :**



Par mes propres moyens, directement à la **Beach House, le Dimanche à partir de 17h30**



à la **Gare de Bayonne** par le train n° ..... à .....h..... le **Dimanche à partir de 16 h**



à l'**Aéroport de Biarritz** par le vol n° ..... à .....h..... le **Dimanche à partir de 16 h**

### **Je repars :**



Par mes propres moyens, directement depuis la **Beach House, le samedi avant 10h**. Je serai accompagné(e) par .....



de la **Gare de Bayonne** par le train n° ..... à .....h..... le **samedi avant 12h**



de l'**Aéroport de Biarritz** par le vol n° ..... à .....h..... Heure limite d'enregistrement : .....h..... **le samedi avant 12h**

.....

Pour que la réservation soit **VALIDEE**,  
ce bulletin doit parvenir **COMPLET** accompagné d'un acompte de 30%  
**AU PLUS TARD 10 JOURS AVANT LA DATE DU DEBUT DE STAGE**

à l'adresse suivante :

Service Réservations – WATER ADDICT BEACH HOUSE - 12 impasse des œilletts des  
dunes – 40130 Capbreton - email : [contact@water-addict.com](mailto:contact@water-addict.com) - tél : +33(0)7.83.12.57.40

Par l'envoi du présent formulaire d'inscription, je soussigné....., responsable légal de l'enfant ....., déclare exactes les informations qui y sont portées et reconnais avoir pris connaissance et accepté les conditions générales et particulières de vente disponibles sur le site Internet : [www.water-addict.com](http://www.water-addict.com)

- J'autorise mon enfant à participer à ce séjour et à suivre toutes les activités surf et annexes (trampoline, skate, yoga, baignade).

- J'atteste que mon enfant est responsable du matériel (planche de surf) que Water Addict lui met à disposition durant le stage, et accepte de payer les réparations en cas de dommage.

- J'atteste être en possession d'un certificat médical d'aptitude de mon enfant à la pratique du surf, d'autant de moins de 3 mois avant son entrée en stage et je certifie qu'il a passé avec succès les tests relatifs à la pratique des activités nautiques.

- J'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 DU RESPONSABLE LEGAL



<b>MON PACKAGE</b>	<b>Montant total en €</b>
<input type="checkbox"/> Je réserve .... x <b>SÉJOUR</b> 7j/6nuits en Basse Saison	<b>+ 850€ x .....</b>
<input type="checkbox"/> Je réserve .... x <b>SÉJOUR</b> 7j/6nuits en Haute Saison (15 juin/15 sept)	<b>+ 990€ x .....</b>
<b>Total hors options :</b>	
<input type="checkbox"/> Option <b>WEEK END</b> pour les Séjours de + d'une semaine, je réserve 2j/1 nuit en pension complète + encadrement 24h/24 + 2 cours de surf et activités annexes	<b>+ 180€ x .....</b>
<input type="checkbox"/> Je réserve la formule navette gare/aéroport ALLER <b>ou</b> RETOUR	<b>+ 50€</b>
<input type="checkbox"/> Je réserve la formule navette gare/aéroport ALLER <b>et</b> RETOUR	<b>+ 100€</b>
<b>PRIX TOTAL A PAYER :</b>	
	<b>=</b>

## **REGLEMENT**

Le solde devra être réglé au plus tard 30 jours avant la date d'arrivée du stagiaire

<b>NOM DE LA PERSONNE QUI REGLE LE SEJOUR :</b> .....	
<b>RAPPEL DU PRIX TOTAL A PAYER :</b> ..... €	
<input type="checkbox"/> Je règle l'intégralité du séjour soit ..... € ( <b>obligatoire si je réserve à moins de 30 jours du début du stage</b> )	
<input type="checkbox"/> Je verse 30% d'acompte soit ..... € et réglerai <b>le solde</b> de .....€ au plus tard 30 jours avant le début du stage .	
<input type="checkbox"/> <b>PAR CHEQUE BANCAIRE</b>	Ci-joint un chèque d'acompte de ..... € à l'ordre de WATER ADDICT <input type="checkbox"/> Je réglerai <b>le solde</b> de .....€ au plus tard 30 jours avant le début du stage .
<input type="checkbox"/> <b>PAR VIREMENT BANCAIRE</b>	J'ai émis en date du ...../...../..... un virement bancaire de ..... € sur le compte de WATER ADDICT – Banque Société Générale <b>Identification internationale (IBAN) : IBAN FR76 3000 3003 1800 0200 0066 115</b> <b>Identification internationale de la Banque (BIC) : SOGEFRPP</b> <b>RIB : Code Banque : 30003 Code Guichet : 00318 Compte : 00020000661 Clé : 15</b> <input type="checkbox"/> Je réglerai <b>le solde</b> de .....€ au plus tard 30 jours avant le début du stage .
<input type="checkbox"/> <b>PAR CARTE BANCAIRE</b>	J'autorise le prélèvement sur mon compte bancaire de la somme de ..... € Afin d'effectuer le prélèvement, je sou mets les informations suivantes : - Type de carte (Visa, Mastercard, Amex) ..... - Titulaire de la CB : ..... - N° de CB : ..... - Date de validité : ..... - N° de contrôle (3 derniers chiffres au dos de la carte) : ..... <b>REGLEMENT DU SOLDE</b> <input type="checkbox"/> <b>30 jours avant le début du stage, j'autorise Water Addict à débiter .....€ sur ma carte bancaire correspondant au solde du séjour.</b>
<input type="checkbox"/> <b>PAR CHEQUES VACANCES</b>	Je joins ..... chèques vacances ANCV de ..... €

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Lieu de séjour : WATER ADDICT BEACH HOUSE – 12 impasse des œillets des dunes – 40130 Capbreton

Dates du séjour : **du** ...../...../..... **au** ...../...../.....

<b>NOM de l'enfant :</b>	<b>PRENOM :</b>	<b>SEXE</b>	<b>NÉ LE :</b>	<b>AGE :</b>
--------------------------	-----------------	-------------	----------------	--------------

**VACCINATIONS** (Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDES	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>OU</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>OU</b> Tétracoq					
BCG					
COVID 19					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES, JOINDRE UN CERTIFICAT MEDICAL DE CONTRE-INDICATION.

ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION.

**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT** L'enfant suit-il un **traitement médical**?    oui     non

Si oui, joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice**)    **Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.**

L'ENFANT A-T-IL DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBEOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non     **MEDICAMENTEUSE** oui  non     **ALIMENTAIRES** oui  non     **AUTRES** .....

Préciser la **CAUSE** de l'allergie et la **CONDUITE A TENIR** (si automédication le signaler)

INDIQUER CI-APRES LES **DIFFICULTES DE SANTE** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPERATION, REEDUCATION) EN PRECISANT LES DATES ET LES **PRECAUTIONS A PRENDRE**

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS : VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHESES AUDITIVES, DES PROTHESES DENTAIRES, ETC. PRECISER

**REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER** (végétarien, pas de fromage, ...).  
PRECISER : .....

**MEDECIN TRAITANT**

NOM	PRENOM	Ville	Téléphone

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'ACCIDENT**

NOM	PRENOM	Téléphone mobile	Téléphone domicile	Autre numéro