



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 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

930€ hors options

HAUTE SAISON (mi-juin/mi-sept)

1150€ hors options

NIVEAU INTERMEDIAIRE

NIVEAU PERF/COMPET

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

SUR PLACE, 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° àh..... le Dimanche à partir de 16h30



□ à l'**Aéroport de Biarritz** par le vol n° àh..... le Dimanche à partir de 16h30

Je repars :



□ Par mes propres moyens, directement depuis la **Beach House**, le samedi avant 11h. Je serai accompagné(e) par



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



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

*** Si les arrivées et départs ne correspondent aux horaires de navettes, merci de nous informés à l'avance**

.....
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 œillets des dunes – 40130 Capbreton - email : 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

- 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'au 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



MON PACKAGE		Montant total en €
<input type="checkbox"/> Je réserve x SÉJOUR 7j/6nuits en Basse Saison	+ 930€ x	
<input type="checkbox"/> Je réserve x SÉJOUR 7j/6nuits en Haute Saison (15juin/15 sept)	+ 1150€ x	
Total hors options :		
<input type="checkbox"/> Option WEEK END 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	+ 180€ x	+
<input type="checkbox"/> Je réserve la formule navette gare/aéroport ALLER ou RETOUR	+ 50€	+
<input type="checkbox"/> Je réserve la formule navette gare/aéroport ALLER et RETOUR	+ 100€	+
PRIX TOTAL A PAYER :		=

REGLEMENT

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

NOM DE LA PERSONNE QUI REGLE LE SEJOUR :	
RAPPEL DU PRIX TOTAL A PAYER : €	
<input type="checkbox"/> Je règle l'intégralité du séjour soit € (obligatoire si je réserve à moins de 30 jours du début du stage) <input type="checkbox"/> Je verse 30% d'acompte soit € et réglerai le solde de€ au plus tard 30 jours avant le début du stage .	
<input type="checkbox"/> PAR CHEQUE BANCAIRE	Ci-joint un chèque d'acompte de € à l'ordre de WATER ADDICT <input type="checkbox"/> Je réglerai le solde de€ au plus tard 30 jours avant le début du stage .
<input type="checkbox"/> PAR VIREMENT BANCAIRE	J'ai émis en date du/...../..... un virement bancaire de € sur le compte de WATER ADDICT – Banque Société Générale Identification internationale (IBAN) : IBAN FR76 3000 3003 1800 0200 0066 115 Identification internationale de la Banque (BIC) : SOGEFRPP RIB : Code Banque : 30003 Code Guichet : 00318 Compte : 00020000661 Clé : 15 <input type="checkbox"/> Je réglerai le solde de€ au plus tard 30 jours avant le début du stage .
<input type="checkbox"/> PAR CARTE BANCAIRE	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) : REGLEMENT DU SOLDE <input type="checkbox"/> 30 jours avant le début du stage, j'autorise Water Addict à débiter€ sur ma carte bancaire correspondant au solde du séjour.
<input type="checkbox"/> PAR CHEQUES VACANCES	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**/...../.....

NOM de l'enfant :	PRENOM :	SEXE	NÉ LE :	AGE :
--------------------------	-----------------	-------------	----------------	--------------

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	
OU DT polio				Autres (préciser)	
OU 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