

# FICHE INSCRIPTION 2025



**amahc**

Accueillir pour le bien être en santé Mentale,  
Accompagner dans l'Habitat et la Cité

À renvoyer complétée et signée  
Une copie est à conserver

Photo  
obligatoire

## SERVICE LOISIRS

### ET VACANCES ACCOMPAGNÉS

66 rue Voltaire - 69003 LYON  
04 72 10 01 30 / vacances@amahc.fr

#### LE PARTICIPANT

Nom .....  
Prénom ..... Date de naissance .....  
Lieu de naissance .....  
Nationalité .....  
Adresse .....  
CP ..... Ville .....  
Tél. .... Portable .....  
Mail .....

#### Protection des Biens

Tutelle  Curatelle  Pas de Mesure

Nom .....  
Adresse .....  
CP ..... Ville .....  
Tél. .... Portable .....  
Mail .....

#### RÉFÉRENT.E JOIGNABLE DURANT LE SÉJOUR (IMPÉRATIF)

Qualité (famille, AS...) .....  
Nom et Prénom .....  
Tél. ....  
 Horaires Bureau  Week-ends/Jours fériés  Soirées/Nuits

#### LIEU DE RENDEZ-VOUS CHOISI (DÉPART/RETOUR)

- AMAHC - 66 rue Voltaire - 69003 Lyon  
 **Rendez-vous unique à la gare Part-Dieu** : devant le bureau  
**ASSIST'EN GARE** (anciennement ACCES+)  
 Chapelle du CHS du Vinatier - (réservé uniquement aux personnes  
hospitalisées au Vinatier)  
 Chapelle du CHS Saint Jean De Dieu - Lyon 8  
 Lieu fixe sur l'itinéraire du trajet (péage ou autre...)  
 Lieu de séjour

#### Portable personne accompagnante

**Envoi des courriers de départ & retour:**  mail  courrier

Mail .....  
Nom et Prénom .....  
Adresse .....  
CP ..... Ville .....  
Tél. ....

#### ENGAGEMENT / AUTORISATION

##### Je soussigné.e

Participant.e du séjour  Représentant.e légal.e

Déclare avoir pris connaissance des Conditions Générales et Particulières de Vente et m'engage à fournir copie du dernier avis d'imposition, si le montant de l'impôt payé est supérieur à 150 €.

#### INSCRIPTION

SÉJOUR et/ou WEEK-END	Lieu		
	Du	au	Prix
SÉJOUR et/ou WEEK-END	Lieu		
	Du	au	Prix

#### Adresse de facturation

Nom .....  
Adresse .....  
CP ..... Ville .....  
Mail .....

#### ASSURANCE ANNULATION-INTERRUPTION

##### (SÉJOURS UNIQUEMENT)

##### Aucune souscription ne sera acceptée après l'inscription

Je ne souscris pas l'assurance annulation-interruption AMAHC, je suis soumis uniquement aux Conditions Générales et Particulières de AMAHC

Je souscris à l'assurance annulation-interruption AMAHC, reconnais avoir pris connaissance des Conditions de la Garantie de l'Assurance Annulation-Interruption et joins au versement des arrhes le montant de l'assurance annulation-interruption soit:

**La déclaration de votre souscription à l'Assurance Annulation ne sera effectuée qu'après acceptation de votre dossier par le Service Vacances et UNIQUEMENT si votre dossier est COMPLET**

#### CALCUL DU RÈGLEMENT

<b>PRIX du SÉJOUR</b>	.....	€
(1) CALCUL DES ARRHES	Prix séjour x 25 % =	€
(2) ADHÉSION 2025		10 €
(3) FRAIS DE DOSSIER		50 €
(4) CALCUL DE L'ASSURANCE AI	Prix séjour x 3,7 % =	€
(5) CHAMBRE INDIV. SS RÉSERVE VALIDATION DU SERVICE		(50) €
(6) TOTAL À RÉGLER À L'INSCRIPTION (1+2+3+4+5)		€

#### CALCUL DU SOLDE DU SÉJOUR, à régler 30 jours avant le départ

**PRIX du SÉJOUR - MONTANT des ARRHES (1)** ..... €

**PRIX du WEEK-END** ..... €

ADHÉSION 2025 ..... 10 €

**TOTAL À RÉGLER À L'INSCRIPTION** ..... €

#### RÈGLEMENT

Par chèque **Payable à l'ordre de AMAHC**

N° de chèque .....

Par virement\*

IBAN: FR76 1382 5002 0008 7793 2601 541 - BIC: CEPAFRPP382

\* en cas de virement merci de préciser sur celui-ci le nom du vacancier ainsi que les dates du week-end/séjour

Fait à ..... le ..... / ..... / 2025

Signature vacancier.e

Signature représentant.e légal.e

**MERCI DE NOUS INFORMER AVANT LE DÉPART D'ÉVENTUELS CHANGEMENTS  
DANS LES INFORMATIONS TRANSMISES CI-APRÈS**

**Avec l'accord et en connaissance de la personne inscrite les informations ci-après sont transmises par**

Nom/Prénom ..... Qualité .....  
Tél ..... Mail .....

**COORDONNÉES PERSONNES RESSOURCE**

**Médecin traitant**

Centre Hospitalier .....  
Service .....  
Nom/Prénom .....  
Tél .....  
Mail .....

**Référent social**

Structure .....  
Nom/Prénom .....  
Tél .....  
Mail .....

**Médecin psychiatre**

Centre Hospitalier .....  
Service .....  
Nom/Prénom .....  
Tél .....  
Mail .....

**Famille**

Nom/Prénom .....  
Qualité .....  
Tél .....  
Mail .....

**SITUATION DU/DE LA VACANCIER.E**

Lieu de vie (appartement, foyer, etc ...): .....

En cours d'hospitalisation:  oui  non  si SPDR, merci de cocher la case

Situation:  Célibataire  Marié.e  Divorcé.e  Veuf.ve  Séparé.e

La personne vit-elle habituellement en couple?  OUI  NON

La/le conjoint.e est t-elle.il inscrit.e sur le même séjour?  OUI (merci de préciser son nom ..... )  NON

Ressources:  Salaire  AAH  Retraite  Pension Invalidité

**MES ATTENTES & DYNAMIQUE DE SÉJOUR**

La demande de séjour de vacances est exprimée par:  Le/la vacancier.e  L'équipe référente  Les deux

Le/la vacancier.e est-il/elle déjà parti.e en séjour adapté?  Avec AMAHC  Avec un autre organisme  Non

**Je recherche (plusieurs choix possibles)**

- Un séjour tranquille avec quelques sorties et visites en groupe afin de découvrir la région, j'apprécie aussi de passer du temps au gîte et profiter de cet endroit pour me reposer.
- Un séjour dans un environnement animé et touristique, j'aime quand ça bouge, je suis d'un tempérament actif et dynamique.
- Un séjour où je peux régulièrement et facilement organiser mes sorties seul.e ou avec d'autres vacancier.es

**Avez-vous des attentes ou des envies particulières pour votre séjour (activités, visites, autre ...)?** .....

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

## BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT VIE SOCIALE & COMPORTEMENT

### RELATIONS AUX AUTRES

Merci de cocher la case qui vous correspond

**JE N'AI PAS DE BESOIN SPÉCIFIQUE**

- Je m'adapte bien à la vie en groupe et apprécie la collectivité
- Je n'ai pas de difficulté dans mes relations et mon environnement social.

**J'AI BESOIN D'UNE ATTENTION PONCTUELLE**

- J'ai besoin qu'on me sollicite et qu'on me rassure parfois dans mes relations aux autres dans le groupe et à l'extérieur
- Merci de préciser ci-dessous*

**J'AI BESOIN D'UNE ATTENTION SOUTENUE**

- Dans mes relations à autrui, je ne sais pas toujours comment être en lien.
- Pour affronter des situations stressantes ou angoissantes.
- Je suis parfois pris dans des conflits ou je me laisse facilement influencer.
- Merci de préciser ci-dessous*

**J'AI BESOIN D'UNE VIGILANCE PERMANENTE**

- Mes relations aux autres sont très souvent difficiles, j'ai besoin de régulation.
- J'ai souvent besoin de m'isoler.
- J'ai du mal à me contenir et je gère assez mal la frustration.
- Merci de préciser ci-dessous*

**Précisions apportées** (situations difficiles, conduites à tenir, etc ...) .....

### CAPACITÉS COGNITIVES COMMUNICATION APTITUDES

#### J'ai des difficultés

- de concentration
- de compréhension
- de langage (entourez la mention: limité / absent / difficulté)
- d'élocution

Précisions si jugées utiles .....

## BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT HYGIÈNE & VIE QUOTIDIENNE

### TOILETTE & HABILLAGE

Merci de cocher la case qui vous correspond

**JE N'AI PAS DE BESOIN SPÉCIFIQUE**

- Je gère seul.e mon hygiène

**J'AI BESOIN D'UNE STIMULATION VERBALE**

- Je fais seul.e ma toilette mais il faut me le rappeler.

**J'AI BESOIN D'UNE PRÉSENCE OCCASIONNELLE LORS DE MA TOILETTE**

- Je peux avoir besoin d'une présence rassurante ponctuelle et/ou d'un accompagnement verbal pendant ma toilette.

**J'AI BESOIN D'UNE PRÉSENCE SOUTENUE LORS DE MA TOILETTE**

- J'ai besoin d'un accompagnement verbal et d'une aide partielle (shampooing, lavage du dos, habillage)

**J'AI BESOIN D'UNE PRÉSENCE PERMANENTE \***

- Je ne peux pas me laver et/ou m'habiller seule
- J'ai besoin d'une tierce personne pour m'aider

**Précisions si jugées utiles** .....

\*Pour toute aide à la toilette par une tierce personne il sera fait appel à une infirmière ou une aide-soignante

Merci d'indiquer la fréquence: .....

Joindre IMPÉRATIVEMENT une prescription médicale

#### Gestion des effets personnels

- J'ai l'habitude et je gère seul.e sans difficulté.
- J'ai besoin qu'on me guide, qu'on me conseille, cela me rassure et m'aide.
- J'ai besoin de respecter un protocole pré-établi\* pour :
  - ma consommation de cigarettes
  - la gestion de mon argent
  - autre ? (linge, produit d'hygiène...)

\* Merci de préciser .....

#### Alcool

- Je peux consommer de l'alcool
- Je ne peux pas consommer d'alcool
- J'ai l'habitude d'en consommer régulièrement
- Je n'ai pas l'habitude d'en consommer

Précisions si jugées utiles .....

#### Énurésie

- Énurésie nocturne  Énurésie diurne
- Si oui, j'amène mes protections

# BESOINS D'ACCOMPAGNEMENT DÉPLACEMENT, SORTIES & MOBILITÉ

## SORTIES EXTÉRIEURES

Merci de cocher la case qui vous correspond

### JE SORS SEUL·E

- Je me déplace et me repère seul.e
- Je me déplace seul.e après repérage des trajets, rappel de consignes, organisation des horaires.

### JE NE SORS PAS SEUL·E

- Je me sens rassuré.e et sors de préférence avec d'autres vacancier.es
- J'ai besoin d'une présence permanente des accompagnateur.rice pour me repérer et m'accompagner lors des sorties extérieures

### Sur le lieu d'hébergement, cochez obligatoirement

- Je ne peux pas rester seul.e
- Je peux rester seul.e\*
  - \*  2h  ½ journée  journée entière  soirée

### APTITUDES PHYSIQUES ET FATIGABILITÉ

#### Je marche/je me déplace (plusieurs choix possibles)

- Lentement
- D'un bon pas
- Seul.e et sans aide particulière
- Seul.e mais présence ponctuelle d'une tierce personne (pente, escaliers, guidage...)
- Avec l'aide d'une tierce personne ou d'un appareillage (fauteuil, rollateur, canne...)

#### Combien de temps ?

- Moins de 15'
- Entre 15' et 45'
- Plus de 45'

#### Je monte et descends les escaliers

- Seul.e sans aide
- Avec l'aide de quelqu'un
- Je ne peux pas monter, ni descendre de marches

#### Baignade

- Je sais nager seul.e
- Je ne sais pas nager seul.e

### DROIT D'UTILISATION D'IMAGE.S

Je soussigné.e .....

- Autorise  N'autorise pas l'association AMAHC

#### À prendre, diffuser, reproduire et non modifier, exploiter, les photographies me représentant lors des diverses manifestations de l'association\* :

Assemblée Générale annuelle, journée festive de fin d'année, formations, anniversaires et autres événements institutionnels. Ces photographies pourront être utilisées pour : site internet, affiches, supports vidéo, publications/plaquettes, réseaux sociaux. Il est précisé que la présente autorisation est accordée, en France, à titre gracieux et pour une période de cinq ans à compter de sa date de signature.

Conformément à l'article 15 du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), je reconnais avoir été informé(e) que je dispose d'un droit d'accès et de retrait sur les images me représentant en signant ladite autorisation.

Signature vacancier.e

Précisions si jugées utiles .....

### POUR VALIDER MON INSCRIPTION JE JOINS :

- présente fiche inscription complétée et signée\*
  - \* - Représentant.e légal.e p.1
  - \* - Médecin référent/traitant ATTESTATION MÉDICALE p.5
- photo identité
- RIB

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### CARACTÉRISTIQUES PHYSIQUES

Taille ..... Poids ..... Couleur cheveux ..... Couleur yeux .....  
Signes particuliers (tatouages, piercing...) .....

### GESTION TRAITEMENT MÉDICAL

#### Prise du traitement

- J'ai l'habitude et je gère seul.e mon traitement sans difficulté.  
 Je ne prends pas seul.e, je nécessite une aide totale pour la prise de mon traitement. **PRÉVOIR UN SAC SPÉCIFIQUE POUR TOUS LES MÉDICAMENTS (traitement journalier conditionné dans un pilulier, si besoin, laxatif, doliprane...) ET LES ORDONNANCES EN COURS DE VALIDITÉ**  
 Je n'ai pas de traitement

#### SOINS INFIRMIERS HORS TRAITEMENT JOURNALIER

- Je n'ai pas de soins infirmiers à prévoir durant mon séjour  
 J'ai des soins infirmiers à prévoir durant mon séjour

Nature des soins: .....

Dates et/ou fréquence: .....

Coordonnées du cabinet infirmier sur place **CONTACTÉ PAR VOS SOINS** (Nom, téléphone et mail): .....

Joindre obligatoirement la prescription du médecin et le protocole **1 mois avant le départ (en cours de validité)**

### ALIMENTATION

Régime et spécificité alimentaire:  oui  non (si oui, merci de joindre le protocole)

Merci de préciser .....

Allergies/intolérances:  oui  non

Lesquelles? .....

Texture:  haché  mixé  lisse

Troubles alimentaires:  oui  non

Précisions apportées (si jugées utiles) .....

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Épilepsie:  oui  non

Si oui:  crises fréquentes  quotidiennes  entièrement stabilisées

Pour tout autre problème/antécédant médical (cardiaque, contre-indication, allergie, autre ...), merci de préciser: .....

Ces antécédents sont-ils compatibles avec les activités des séjours adaptés AMAHC?  oui  non

Si non, merci de préciser: .....

### POUR LES PERSONNES VIVANT EN ÉTABLISSEMENT MÉDICALISÉ (HÔPITAL, MAS, EHPAD, FAM, ...)

#### ATTESTATION À REMPLIR PAR UN MÉDECIN

Je soussigné.e, ..... agissant en ma qualité de médecin, certifie que:

Mr/Mme: ..... qui participe au séjour de vacances du ..... au ..... 20.....

**est apte à vivre en collectivité dans un cadre non médicalisé.**

Cachet et Signature du médecin

Fait à ..... le .....

(Un courrier complémentaire du médecin peut être joint sous pli confidentiel au dossier d'inscription)

# CONDITIONS PARTICULIÈRES DE VENTE

## COTISATION

AMAHC est une association loi 1901. Les séjours sont réservés aux adhérents de AMAHC. Le montant de la cotisation, valable une année civile, est de 10 €. Cette cotisation reste acquise, sauf en cas d'annulation du fait de l'AMAHC. Les prestations de l'AMAHC ne sont ouvertes qu'aux adhérents à jour de leur cotisation.

## FRAIS DE DOSSIER

Les frais de dossier représentent le temps consacré au traitement de la fiche d'inscription. Le montant des frais de dossier est de 50 €. Les frais de dossier sont non remboursables, sauf en cas d'annulation du fait de l'AMAHC.

## PRIX ET PRESTATIONS

Tous nos prix ont été établis en fonction des conditions économiques en vigueur au moment de la parution du catalogue.

Toute modification de ces conditions pourra entraîner une révision de ces prix, en conformité avec les dispositions législatives ou réglementaires.

### Les prestations comprises dans les prix sont:

- L'hébergement et les trois repas, quelle que soit la formule de séjour choisie.
- L'encadrement non-médicalisé des participants.
- Toutes les activités et les animations proposées par AMAHC pendant le séjour.
- Le transport aller-retour du lieu de rendez-vous fixé par AMAHC au lieu de séjour et les déplacements pendant le séjour (sauf mention contraire dans le descriptif du séjour).
- Les frais de rapatriement lorsque celui-ci est décidé avec l'accord du médecin-conseil I.M.A. (Inter Mutuelle Assistance).

### Les prestations non-comprises dans les prix sont:

- Les nuits de transit.
- Les frais médicaux (consultation, pharmacie...), la préparation des piluliers (y compris un réaménagement en cours de séjour quelle qu'en soit la raison)
- Les frais personnels (cigarettes, consommations, souvenirs...)
- Les frais de rapatriement si celui-ci ne relève pas des conditions d'I.M.A.

## INSCRIPTION

La réservation devient définitive lorsque le dossier complet (social, médical, administratif) est parvenu à AMAHC (après validation du service vacances).

Tout vacancier, le jour du départ, doit être impérativement muni de:

1. Une pièce d'identité (en cours de validité pour les séjours hors territoire français)
2. Les médicaments nécessaires en semainier, en nombre suffisant pour la durée du séjour à son éventuel traitement, ainsi qu'une ordonnance en cours de validité pour celui-ci et en cas de soins particuliers durant le séjour (injection, protocole pour régime, diabète...) une prescription supplémentaire devra être jointe. Tous frais médicaux supplémentaires engagés (sur avis médical) par l'association devront être remboursés.
3. Sa carte vitale.
4. Son argent de poche pour subvenir à ses dépenses personnelles.
5. Son trousseau (le trousseau de base doit être adapté au lieu de séjour et à la connaissance des besoins du participant. Il doit être adéquat et suffisant).

## ASSURANCES

AMAHC a souscrit auprès de la MAÏF un contrat d'assurance garantissant sa responsabilité Civile Professionnelle (contrat N°2 519 250 N).

Tout vacancier devra impérativement posséder une assurance Responsabilité Civile, valable du début à la fin du séjour.

## RÈGLEMENT

Sont à régler lors de l'inscription, les arrhes fixées à 25 % du montant du séjour, des montants de l'adhésion et frais de dossiers (non remboursables, sauf du fait d'annulation de la part d'AMAHC).

En cas d'inscription tardive (moins de 30 jours avant le départ), le montant total sera exigé à la réservation.

Le règlement du solde doit intervenir au plus tard 30 jours avant le départ, sans rapport de notre part.

AMAHC accepte les Chèques Vacances.

## CONDITIONS D'ANNULATION

### Annulation du fait de AMAHC

AMAHC se réserve le droit, si les circonstances l'exigent et dans l'intérêt des participants, de modifier le calendrier des séjours annoncés, ou l'exécution du programme.

En cas d'annulation ou de modification d'un séjour, AMAHC vous informera immédiatement et proposera, soit un séjour équivalent, soit le remboursement intégral des sommes versées: arrhes, frais de dossier et cotisation\* inclus.

\*sauf dans le cas où l'adhérent participe aux activités d'autres services de l'association.

### Annulation du fait du participant

Si une des informations (sociale, médicale ou administrative) transmise à l'inscription n'est pas en adéquation avec la situation du vacancier le jour du départ, ou pour les séjours à l'étranger si le participant n'a pas en sa possession les pièces d'identité obligatoires, l'AMAHC considérera ce fait comme une annulation venant du participant.

Toute annulation du fait du participant doit être notifiée par lettre (le cachet de La Poste faisant foi).

La somme retenue est la suivante:

- De l'inscription jusqu'au 45<sup>e</sup> jour avant la date de départ: retenue de 25 % du coût du séjour (arrhes), des frais de dossier (50 €) et de la cotisation annuelle (10 €)
- Entre 44 et 11 jours avant la date de départ: retenue de 50 % du coût du séjour (arrhes), des frais de dossier (50 €) et de la cotisation annuelle (10 €)
- Entre 10 et 4 jours avant la date de départ: retenue de 90 % du coût du séjour (arrhes), des frais de dossier (50 €) et de la cotisation annuelle (10 €)
- Entre 3 jours et le jour du départ (annulation, non présentation ou renoncement au voyage): retenue de l'intégralité du montant du séjour, des frais de dossier (50 €) et de la cotisation annuelle (10 €)

Toutes ces échéances seront validées par le cachet de La Poste.

Tout séjour commencé est dû dans sa totalité.

Pour les séjours le nécessitant, la non-présentation du passeport ou de la carte d'identité sera assimilée à un désistement.

## ASSURANCE ANNULATION-INTERRUPTION (facultative)

Il est possible de souscrire une assurance annulation-interruption. Son montant correspond à 3,7 % du prix du séjour (hors frais de dossier et cotisation annuelle à AMAHC). Cette assurance est à souscrire dès l'envoi du dossier d'inscription. Elle ne peut, en aucun cas, être souscrite après la réception du dossier d'inscription par l'AMAHC. Se conférer aux « conditions de la garantie de l'assurance annulation-interruption » ci-avant.

## RESPONSABILITÉS DE L'ASSOCIATION

AMAHC se réserve le droit de refuser des candidatures qui ne correspondraient pas aux séjours proposés; de refuser, le jour du départ un participant, si son état psychique, physique ou comportemental ne lui permet pas de partir, ou en l'absence d'un élément indispensable inscrit au paragraphe « annulation du fait du participant ».

La responsabilité de AMAHC est engagée dès l'accueil du participant par notre équipe d'animation (sauf séjours particuliers et mentionnés dans le descriptif du séjour). Elle s'arrête le jour du retour du séjour au lieu de rendez-vous fixé par AMAHC. En cas d'accompagnement par une tierce personne, la non-présentation de cette tierce personne pourra entraîner une organisation du retour du participant par l'AMAHC aux frais du participant.

AMAHC décline toute responsabilité en ce qui concerne l'argent de poche et les effets et objets personnels qui ne lui ont pas été confiés.

Toute détérioration de matériel mis à la disposition des participants sera facturée à l'intéressé qui pourra faire intervenir sa Responsabilité Civile.

AMAHC décline toute responsabilité en cas de maladie, d'accident, de départ volontaire du séjour de la part du participant, de suicide ou de décès.

En cas d'incident grave, AMAHC se met en rapport avec l'institution ou le responsable légal, ou la famille pour déterminer l'intervention la plus adaptée pour le participant.

En cas de fugue, AMAHC s'engage à entreprendre toutes les démarches nécessaires (déclaration à la police) et à informer le représentant légal ou le référent.

En cas de décès, aucune démarche ne sera engagée sans l'accord explicite (télégramme) des correspondants (famille, tuteur, service...)

Lorsque le représentant légal ou le référent n'est pas joignable, AMAHC prendra, en cas d'urgence, les mesures les plus appropriées dans l'intérêt du participant.

Lorsque nous agissons en qualité de mandataires auprès de transporteurs (routiers, ferroviaires, aériens), d'hôteliers, de propriétaires de gîtes, de prestataires d'activités culturelles ou sportives (musée, équitation...), nous ne pouvons être tenus responsables des dysfonctionnements venant de leurs propres organisations.

Nous ne pouvons être tenus responsables des horaires de rendez-vous (notamment lors des départs et retours de séjour), des faits ou des circonstances indépendantes de notre volonté. De ce fait, AMAHC ne saurait être redevable des frais de prise en charge engagés pour la récupération du vacancier.

## RAPATRIEMENT

AMAHC se réserve le droit, aux frais du participant, de le faire hospitaliser ou rapatrier (après en avoir informé la famille ou le référent) si son état de santé ou son comportement gêne le bon déroulement du séjour.

Les services (ou particuliers) qui adressent des participants s'engagent à venir chercher le participant sur le lieu de séjour, à leurs frais, par tout moyen adapté en cas de nécessité. Tout séjour commencé est dû dans sa totalité.

## SERVICE QUALITÉ

En cas de remarques ou litiges sur nos prestations, vous pouvez informer, par ordre chronologique et par lettre, le Service Loisirs et Vacances Accompagnés, la direction de AMAHC, le président du conseil d'Administration de AMAHC, et en dernier ressort La Commission qualité du C.N.L.T.A. (Conseil National du Tourisme et des Loisirs Adaptés) CNLTA - Secrétariat Administratif - Espace 41 - 41 Rue du Jardin Public BP 197 - 79205 PARTHENAY Cedex

## CONDITIONS PARTICULIÈRES DES WEEK-ENDS

Les week-ends sont régis par les conditions particulières des séjours de vacances exceptés pour les modalités suivantes:

### Conditions d'inscription et d'annulation:

À l'inscription, le participant doit verser à AMAHC la totalité du montant du week-end, les frais de dossier (50 €) et la cotisation annuelle à AMAHC (10 €).

Il n'est pas proposé d'Assurance annulation, en conséquence pour toute annulation du fait du participant la somme retenue est la suivante:

- Sept jours au plus tard avant le départ: retenue de 50 % du coût du week-end, des frais de dossier (50 €) et de la cotisation annuelle à AMAHC (10 €).
- Entre 6 jours et 3 jours avant le départ: retenue de 70 % du coût du week-end, des frais de dossier (50 €) et de la cotisation annuelle à AMAHC (10 €).
- À partir de 2 jours avant le départ ou cas de non présentation du participant le jour du départ: retenue de la totalité du coût du week-end, des frais de dossier (50 €) et de la cotisation annuelle à AMAHC (10 €).

N° d'immatriculation Atout France: IM069120014

Agrément Vacances Adaptées Organisées: 06-148 du 14/04/2006  
(Renouvelé le 20/02/2020 - arrêté n°20-05)

Association loi 1901

N° Siret: 34209282200077

N° APE: 88 10 B