



## Politique de remboursement

- La carte de membre n'est pas remboursable.
- Pour une annulation avant le 30 avril, le montant des frais de séjour seront remboursés.
- Pour une annulation entre le 30 avril et le 1<sup>er</sup> juin, 80% des frais de séjour seront remboursés.
- Pour une annulation entre le 1<sup>er</sup> juin et la date du début du séjour, les frais de séjour ne seront pas remboursables; toutefois, Adaptavie pourra rembourser au maximum 80% des frais de séjour, s'il réussit à combler la place par un autre vacancier. Pour des raisons de santé, sur présentation d'un certificat médical, 80% des frais de séjour seront remboursés.
- Pour un départ prématuré pour des raisons de santé, pendant le séjour, la direction d'Adaptavie pourra rembourser au maximum 50% des frais de séjour pour la période inoccupée, sur présentation d'un certificat médical.
- Pour un départ prématuré pour des problèmes comportementaux jugés inacceptables, aucun remboursement ne sera effectué.

## Coûts

- Pour une inscription de 3 semaines et moins, le coût est de 90,00\$ par semaine
- Pour une inscription de 4 semaines et plus, le coût est de 85,00\$ par semaine
- Carte de membre d'Adaptavie à renouveler, 15,00\$/annuellement
- Chandail d'Adaptavie si désiré, 15,00\$  
Grandeur :  14-16 ans enfant  Petit  Moyen  Grand  Très grand

## Détails du paiement

Nombre de semaines choisies : \_\_\_\_\_ x 90.00\$ (pour 3 semaines et moins)  
\_\_\_\_\_ x 85.00\$ (pour 4 semaines et plus)  
\_\_\_\_\_ Carte de membre  
\_\_\_\_\_ Chandail Adaptavie  
\_\_\_\_\_ TOTAL

- Chèque (au nom d'Adaptavie) \* *date limite (chèque post-daté) 1<sup>er</sup> juin*  
 Argent

Paiement à facturer : (veuillez indiquer les coordonnées complètes)

- Parent/ usagé personne de référence : \_\_\_\_\_  
 Établissement de santé personne de référence : \_\_\_\_\_  
 Curateur public personne de référence : \_\_\_\_\_  
 Autres : \_\_\_\_\_

*Adaptavie se décharge de toutes responsabilités en cas d'accident, de perte ou de vol d'objets. J'atteste que les informations fournies sont véridiques et j'accepte la politique de remboursement ci-haut mentionnée.*

**Signature du responsable du participant :** \_\_\_\_\_

\* Une priorité sera accordée aux participants du camp-santé de l'année précédente jusqu'au 1<sup>er</sup> avril. Les inscriptions seront traitées par date de réception.

**Je désire un relevé 24** (remplir les informations dans l'encadré suivant)

Nom du parent : \_\_\_\_\_  
Numéro d'assurance sociale du parent : \_\_\_\_\_  
Adresse complète du parent : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**\* Cette demande ne constitue pas une acceptation automatique et finale**