

4. Frais médicaux

Je soussigné(e) :

Nom : Prénom :

Qualité :

Responsable légal du majeur protégé :

Association de tutelle ou curatelle :

N° de téléphone d'urgence durant les séjours :

Déclare avoir pris connaissance de l'inscription du majeur dénommé, pour le séjour de :

.....

Et pris connaissance des conditions générales et particulières de vente de l'organisme HANDI'WAYS organisateur de séjours « vacances adaptées ».

Je m'engage à rembourser les frais médicaux avancés par l'organisme HANDI'WAYS organisateur de séjours « vacances adaptées ».

J'ai pris note qu' HANDI'WAYS prendra, en cas d'urgence, toutes les dispositions de soins et d'intervention chirurgicale jugées nécessaires par un médecin ou une personne habilitée. J ai bien noté qu'en cas d'urgence médicale, chirurgicale ou acte grave, l'organisme ou le médecin s'efforcera de contacter le tuteur ou le curateur afin d'obtenir son consentement. A défaut, le consentement du majeur protégé suffira.

Le vacancier ou le représentant légal déclare qu'il n'y a pas d'interdiction(s) médicale(s) ou de contre(s)-indication(s) à emprunter nos transports et à suivre les activités proposées dans la description du séjour.

En cas d'urgence, le médecin doit de toute façon donner les soins nécessaires.
(Art 42C du code de déontologie médicale)

A:

Le :/...../.....

Nom :

Signature et cachet :