

FICHE INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS HIVER 2019

Du Lundi 11 Février 2019 au 15 Février 2019

Nom et prénom de l'enfant :

Né(e) le : / / à : Age : ans

Adresse de l'enfant : Rue..... Ville..... CP.....

Représentant Légal :

Nom..... Prénom..... Adresse..... CP..... Ville.....

Adresse Mail :



RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES :

- Personne(s) à prévenir en cas de nécessité :

Nom	.....		.....		.....
Prénom	.....		.....		.....
Tél domicile	.....	no	.....	no	.....
Tel portable	.....		.....		.....
Tel bureau	.....		.....		.....

- N° sécurité Sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom de la Mutuelle : N° Adhérent :

- Nom du médecin de famille : N° Téléphone : .../.../.../...

- N° D'ALLOCATIONS FAMILIALES** :

QUOTIENT FAMILIAL CAF :

- Mon enfant sait nager : oui non

Mon enfant a obtenu son Brevet de natation de 50m. oui non

Mon enfant peut être filmé ou pris en photo dans le cadre des activités du centre oui non

L'image de mon enfant peut être diffusée (Bulletin municipal, Site de la commune)
 oui non

Autorise mon enfant à participer aux sorties proposées par le centre (cinéma, bowling, parc d'attraction, poney, piscine....) oui non

Les enfants non autorisés à participer aux sorties ne pourront être accueillis sur le centre le jour de la sortie
 merci de votre compréhension.

**LES DOSSIERS SONT A REMETTRE EN MAIRIE, PAS A L'ECOLE
 AVANT LE 30 Janvier 2019 DERNIER DELAI.**



Je règle par prélèvement automatique

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à, le /..... /.....

Signature :

FICHE ANNEXE

Quotient Familial	Tarif Semaine	
	Férinois	Extérieur
< =369 €	26.00 €	29.75 €
De 370 à 500 €	33.00 €	36.75 €
De 501 à 700 €	38.25 €	42.00 €
>700€	41.75 €	50.40 €

J'autorise mon enfant à quitter seul le centre à 17h : OUI NON

J'autorise les personnes suivantes à récupérer mon enfant aux heures de sortie :

Nom Prénom	Lien avec l'enfant (grands-parents,...)

Signature du représentant légal :

**LES DOSSIERS SONT A REMETTRE EN MAIRIE, PAS A L'ECOLE
AVANT LE 30 Janvier 2019 DERNIER DELAI.
Pour toute absence, merci d'informer l'équipe d'animation.**

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....

.....

.....

.....

.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et 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 :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....

.....

.....

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....