



ACCUEIL DE LOISIRS DE FÉRIN



- Du 11 au 15 Juillet
- Du 18 au 22 Juillet
- Du 25 au 29 Juillet

Nom et prénom de l'enfant :

Né(e) le :/...../..... à : Age : ans

Adresse de l'enfant durant le séjour :

.....

CP : Ville :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Responsable 1 : Père Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Tel. :

Responsable 2 : Père Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Tel. :

Mon enfant peut être filmé ou pris en photo dans le cadre des activités de l'ALSH.

OUI NON

L'image de mon enfant peut être diffusée (bulletin municipal, site de la commune, réseaux sociaux)

OUI NON



PERSONNES AUTORISEES À RECUPERER MON ENFANT AUX HEURES DE SORTIES

NOM			
PRÉNOM			
TEL. 1			
TEL. 2			
LIEN DE PARENTÉ			

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM - PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT

Je règle par prélèvement automatique

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 €

Pour tout règlement par chèque, veuillez déposer votre règlement lors du dépôt du dossier ou avant le premier jour de centre, à l'ordre du Trésor Public.

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

Fait à; Le/...../..... SIGNATURE



ACCUEIL DE LOISIRS DE FÉRIN



Du 1er au 5 Août
Du 8 au 12 Août

**ATTENTION 8 PLACES DISPONIBLES EN 4-5 ANS
42 PLACES DISPONIBLES EN 6-13 ANS**

Nom et prénom de l'enfant :

Né(e) le :/...../..... à : Age : ans

Adresse de l'enfant durant le séjour :

.....

CP : Ville :

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Responsable 1 : Père Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Tel. :

Responsable 2 : Père Mère

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Tel. :

Mon enfant peut être filmé ou pris en photo dans le cadre des activités de l'ALSH.

OUI NON

L'image de mon enfant peut être diffusée (bulletin municipal, site de la commune, réseaux sociaux)

OUI NON



PERSONNES AUTORISEES À RECUPERER MON ENFANT AUX HEURES DE SORTIES

NOM			
PRÉNOM			
TEL. 1			
TEL. 2			
LIEN DE PARENTÉ			

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

NOM - PRÉNOM	LIEN AVEC L'ENFANT

Je règle par prélèvement automatique

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 €

Pour tout règlement par chèque, veuillez déposer votre règlement lors du dépôt du dossier ou avant le premier jour de centre, à l'ordre du Trésor Public.

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

Fait à; Le/...../..... SIGNATURE

INDIQUEZ CI-APRÈS :

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

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

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

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

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

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM
ADRESSE
.....
.....
TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :
NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : Signature :

Dans le cadre de l'application du règlement général de protection de donnée (R.G.P.D.) est porté à votre connaissance :

- Les informations recueillies obligatoires dans le présent dossier d'inscription feront l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des inscriptions.
- Les personnes ayant accès aux données sont : le maire, les adjoints et les agents municipaux en relation avec les affaires scolaires.
- Les données seront conservées uniquement durant l'année concernée.
- La loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous donne le droit d'accès et de rectification des données transmises. Merci d'adresser votre demande par mail à l'adresse suivante : mairie@ferin.fr ou par courrier à Mairie de Férin, rue de Bapaume, 59169 FERIN.

Je soussigné(e),, déclare avoir pris connaissance des informations relatives au R.G.P.D. ci-dessus et donner mon consentement.

Fait à, le ___/___/___

Signatures :

Responsable 1

Responsable 2