

INSCRIPTION ÉTÉ 2017

Centre Aéré

Groupe choisi	3-5 ans <input type="checkbox"/>	6-7 ans <input type="checkbox"/>	8-9 ans <input type="checkbox"/>	10-12 ans <input type="checkbox"/>	13-16 ans <input type="checkbox"/>	Total en jours
Semaine choisie	du 10 au 13/07 soit 4 jours <input type="checkbox"/>	du 17 au 21/07 soit 5 jours <input type="checkbox"/>	du 24 au 28/07 soit 5 jours <input type="checkbox"/>			

Minicamps

Groupe choisi	7-10 ans <input type="checkbox"/>	11-13ans <input type="checkbox"/>	14-17 ans <input type="checkbox"/>	Total en jours
Semaine choisie	du 10 au 13/07 soit 4 jours <input type="checkbox"/>	du 17 au 21/07 soit 5 jours <input type="checkbox"/>	du 24 au 28/07 soit 5 jours <input type="checkbox"/>	

Inscription prise le:

Par:

LES PARENTS

- NOM et Prénom du père et/ou de la mère

- Adresse

- Ville

- Code Postal

- Téléphone
fixe

- Téléphone
mobile

- N° Allocataire CAF

- Quotient Familial CAF

L'ENFANT

- NOM et Prénom de l'enfant

Date de naissance

Sexe M F

Lieu de naissance:

Tarif (voir plaquette)	Aides Aux Vacances	Conseil Général	Pass'Vacances CAF	Comité d'Entreprise	CESU	Autre
Montant journalier						
Montant Global						

Je soussigné _____

Déclare inscrire mon enfant pour les périodes et dans les groupes indiqués ci-dessus. Je m'engage à régler la somme dûe après réception de la facture qui me sera adressée au mois d'août. J'ai pris bonne note que seules les absences justifiées par une pièce officielle (certificat médical ou autre...) fournie au service facturation en mairie seront déduites.

Date: _____

Signature: _____

Merci de remplir au dos également →

AUTORISATIONS PARENTALES

- ACTIVITES DU CENTRE, ACTIVITES SPORTIVES ET TRANSPORTS

En inscrivant mon enfant je l'autorise à participer à toutes les activités indiquées dans le programme. J'autorise en outre son transport sur les lieux d'activité par les moyens mis en place: bus de ville, bus de location et minibus

OUI NON

- AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul après le centre

OUI NON

J'autorise les personnes suivantes à reprendre mon enfant après le centre:

1. NOM, Prénom _____

Téléphone: _____

2. NOM, Prénom _____

Téléphone: _____

- AUTORISATION DE PRISES DE VUES

Les équipes d'animation peuvent être amenées à prendre des photos et à filmer votre enfant. J'autorise la municipalité à utiliser ces images dans les supports de communication afin de valoriser la vie locale.

OUI NON

- AUTORISATION D'HOSPITALISATION

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de l'activité ou du séjour à faire appel aux services de secours pour transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche. J'autorise en outre les médecins de l'hôpital à pratiquer radiographie, soins nécessaires et intervention chirurgical d'urgence avec anesthésie.

OUI NON

Remarques importantes concernant votre enfant à noter dans le cadre ci-dessous:

- SIGNATURES DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL

NOM ET PRENOM: _____

Date:

Signature: