

ACCUEIL DE LOISIRS DE L'HERMITAGE

ETE

Tél. : 03.21.39.33.00

ANNEE 2019

Photo de l'enfant

Cadre réservé à l'administration

Date de naissance :

Age :

Mois :

Centre de :

Durée :

S1	S2	S3	S4

Allocataire Caf : Oui – Non

Quotient Familial :

Allocataire MSA : Oui – Non

Quotient Familial :

Nb d'enfants de la même famille inscrits au centre (Nom et prénoms):

TARIF APPLIQUE :

BULLETIN D'INSCRIPTION

A remplir lisiblement et intégralement

NOM-PRENOM de l'enfant :

Les parents sont ils séparés ou divorcés : oui non

Si oui, responsable(s) légal (aux) : le père, la mère, autre : préciser (*Rayer les mentions inutiles*)

Préciser l'adresse de facturation :

	Père	Mère
Nom prénom		
Adresse		Si différente
Téléphone fixe		
Téléphone portable		
Profession		
Adresse employeur		

Autres adresses ou téléphone (En cas d'absence).....

Préciser le lien de parenté avec l'enfant :.....

Assurance :

Fournir une copie de l'attestation d'assurance responsabilité civile

Aspects Médicaux :

- Fournir une copie de la page « vaccins » du carnet de vaccination de votre enfant, concernant uniquement le **DTP** (*diphtérie, le tétanos et la poliomyélite*).

- Certificat Médical : Fournir un certificat en cas de non contre-indication à la pratique de certaines activités sportives, d'aptitude à la vie en collectivité.

Attestation de présence au centre :

Avez-vous besoin d'une attestation de présence de votre (vos) enfant(s) au centre ?

Oui Non

Camping :

Souhaitez-vous que votre enfant aille au camping ? Oui Non

Autre :

Quelle est la taille de votre enfant :cm

LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS ENREGISTRÉS

NOM ET PRENOM DE L'ENFANT :

Age :

Date de naissance :

Sera présent au centre (veuillez cocher les semaines choisies),

Attention, obligation de s'inscrire au minimum 2 semaines consécutives ou non.

EN AOÛT :

Semaine 1 (du jeudi 1 au vendredi 2 août)	
Semaine 2 (du lundi 5 au vendredi 9 août)	
Semaine 3 (du lundi 12 au vendredi 16 août), fermé le 15 août	
Semaine 4 (du lundi 19 au vendredi 23 août + lundi 26/08)	
MOIS COMPLET	

Soit un nombre de semaines de

(Pour information : L'inscription peut être réalisée à la quinzaine, ou pour le mois complet)

Je soussigné : NOM :

Prénom :

Responsable de l'enfant,

- autorise la Direction du Centre à prendre toutes mesures qu'il jugerait utile au cas où mon enfant aurait besoin de soins urgents, et m'engage à envoyer mon enfant au centre qu'en bonne santé.

- accepte que mon enfant soit pris en photo par les membres de l'équipe lors des activités du centre et que ces photos soient le cas échéant utilisées sur des supports de communication du centre.

OUI

NON

A _____, le

Signature du représentant légal