

ACCUEIL DE LOISIRS DE L'HERMITAGE

ETE

Tél. : 03.21.39.33.00

ANNEE 2021

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 (**Sous réserve de la situation sanitaire**) ? 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 lundi 2 au vendredi 6 août)	
Semaine 2 (du lundi 9 au vendredi 13 août)	
Semaine 3 (du lundi 16 au vendredi 20 août)	
Semaine 4 (du lundi 23 au mardi 24 août)	
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,

-M'engage à prendre la température de mon enfant avant son départ pour l'accueil

-M'engage à fournir à mon enfant 1 masque par créneau de 4h si il a plus de 6 ans

-M'engage à ne pas mettre mon enfant à l'accueil si il a été testé positivement au SARSCov2 ou si un membre du même foyer a été testé positivement ou encore si mon enfant est identifié comme contact à risque

-Est informé que l'accès à l'intérieur des locaux est interdit aux parents

- 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