

Fiche d'inscription

ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES DE FEVRIER 2021

COMMUNE DE MISON

du 22 au 26 Février 2021

NOUVEAU : SITE INTERNET DU CENTRE

www.espacejeunesdemison.jimdo.com

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT

Nom, prénom :

Date de naissance :Lieu :

Classe fréquentée :

L'enfant participera à l'Accueil de Loisirs

Semaine	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
22/02/21 au 26/02/21					

Cocher dans les colonnes correspondantes et noter les heures d'arrivée et de départ.

L'enfant est autorisé :

- à venir et à quitter le centre seul oui non
- à être photographié pendant les activités oui non

Personnes habilitées à venir le chercher en votre absence :

Nom/Prénom : Tel. :

Nom/Prénom : Tel. :

Vos recommandations éventuelles :

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

Pour les repas, y a-t-il des recommandations particulières ?

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

Pour la pratique des activités sportives, y a-t-il des recommandations particulières ?

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

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné,

✓ responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre de Loisirs à prendre, le cas échéant, toutes mesures (soins médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant en cas d'incapacité à joindre les parents. OUI/NON

✓ J'autorise mon enfant à prendre part à toutes les activités et sorties organisées par le centre de loisirs de Mison et autorise l'accueil de Loisirs à utiliser et diffuser à titre gratuit des photographies et vidéos réalisés dans le cadre de l'accueil de loisirs et de l'espace jeunes, ainsi qu'à exploiter ces clichés à des fins d'information ou publicitaires.

✓ J'autorise le transport de l'enfant par un responsable de la structure (en minibus, voiture...).

Fait le

à :

Signature

Les inscriptions se font à l'Espace Jeunes aux jours et heures définis dans le programme

*Paiement reçu uniquement en Mairie aux heures et jours d'ouverture.
Attention ! Clôture des inscriptions : 12 février 2021*

Adresse mail : karo.blanc04@gmail.com

Tél : 06.12.57.85.06 CONIL Caroline

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Nom/prénom du responsable légal :

Numéro de Sécurité Sociale (1) :

Adresse du Centre payeur :

Numéro CAF Allocataire (1) :

Numéro M.S.A. (régime agricole) :

Profession du père :

Profession de la mère :

Assurance Responsabilité Civile (1) :

Cie :

N° de Police :

(1) fournir des photocopies au moment de l'inscription

MODALITES DE PAIEMENT

Nombre de journées x (Tarif) =

Suppléments (autres) : =

COUÛ TOTAL

Déduction bons CAF : -

Déductions (autres) : -

RESTE

Mode de règlement Date :

Chèque ou CCP Espèces

Fiche Sanitaire

Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance :

Nom et prénom du responsable légal :

Adresse :

Tél. Dom : Tél. Travail :

Tél. Portable : Email :

En cas d'urgence, prévenir :

Tél :

Médecin traitant :

Tel :

Vaccinations

Date DTP : Rappel :

Date B.C.G. : Rappel :

Autres : Rappel :

L'enfant suit-il actuellement un traitement : oui non

Si oui, lequel :

Poids de l'enfant :

Indiquez ci-dessous les éventuels problèmes de santé rencontrés par l'enfant :

.....

