

Fiche d'inscription

ACCUEIL DE LOISIRS VACANCES DE FÉVRIER 2022

COMMUNE DE MISON

du 07 au 11 Février 2022

NOUVEAU : SITE INTERNET DU CENTRE

www.espacejeunesmison.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
07/02/22 au 11/02/22					

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 :

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 : 02 février 2022

Adresse mail : karo.blanc04@gmail.com

Tél : 06.12.57.85.06 CONIL Caroline

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

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Fiche Sanitaire

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
Dédution bons CAF : -
Dédutions (autres) : -
RESTE
Mode de règlement Date :
Chèque ou CCP Espèces

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 :
Tél :

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 :
.....
.....
.....