

INSCRIPTION par PERIODE

A compléter dans tous les cas

VACANCES TOUSSAINT 2019 (du 21 au 25 octobre 2019)

NOM de l'enfant :

Prénom :

Cocher les cases lorsque les points ont été vérifiés

- Fiche d'inscription par période est remplie et signée par le responsable légal et **complétée dans sa totalité – les jours de présence sont précisés**
- Montant du règlement et numéro du chèque sont exacts
- Fiche sanitaire signée (**contact en cas d'urgence**)
- Les vaccinations obligatoires sont bien notées sur la fiche sanitaire *
- Les accompagnateurs sont notés (+ N° de téléphone)*
- Règlement interne du C.L.S.H. remis et **CONSERVÉ** par le responsable légal

*** TOUTE MODIFICATION doit être indiquée et justifiée**

Document complété à rapporter lors des journées d'inscription qui auront lieu :

en MAIRIE :

- Du Mardi 24 septembre au vendredi 4 octobre 2019

Horaires Secrétariat :

Lundi	de	-----	14h00 à 16h00
Mardi	de	8h00 à 12h00	14h00 à 17h00
Mercredi	de	8h00 à 12h00	14h00 à 16h00
Jeudi	de	-----	-----
Vendredi	de	8h00 à 12h00	14h00 à 17h00
Samedi	de	8h à 11h00	-----

**CENTRE DE LOISIRS ORGANISE PAR LA COMMUNE DE SAINT SAVIN
ET LA FRATERNELLE DE BOURGOIN JALLIEU**

**TOUSSAINT 2019
DU LUNDI 21 AU VENDREDI 25 OCTOBRE 2019**

Nom et prénom : Né(e) le : Sexe : M F

Adresse des parents :

..... tél :

Mail : @

N° d'allocataire ¹: CAF :

Quotient familial :

Nom et prénom de la mère : Profession :

Employeur et commune. port :

Nom et prénom du père : Profession :

Employeur et commune. port :

SEMAINE DE 5 JOURS

COUT : €

SEMAINE DE 4 JOURS (au choix)

COUT : €

LUNDI MARDI MERCREDI JEUDI VENDREDI (*)

(*) merci de barrer le jour inutile

PAIEMENT

Espèces : Chèque vacances : chèque de caution

Chèque : € Banque : Nom : Date encais. : .../.../...

SOLDÉ : Oui / non Facture

AUTORISATION PHOTO : OUI/NON

ASSURANCE : OUI/NON

TSVP

¹ Indiquer les nom et prénom de l'allocataire si son nom de famille est différent de celui de l'enfant.

DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

Pièces fournies : Fiche sanitaire Règlement du Centre de Loisirs

Pièces reçues : Fiche sanitaire. document CE/MSA

REGLEMENT INTERNE

Je soussigné(e) responsable de l'enfant :

déclare avoir pris connaissance du règlement interne du Centre de loisirs et l'accepter sans réserve.

Le.....2019

Signature du responsable de l'enfant :

COMMENTAIRE :

L'ENFANT NOM : **Prénom :**

Sexe : Masculin Féminin **Date de naissance :**

Est-il en règle au niveau de ses vaccinations ? OUI NON

Observations dans la négative :

DTPolio : Date du dernier rappel :

Est-il allergique ? Si oui citer dans quel(s) cas :

Régime alimentaire :

Présente t-il une indisposition à pratiquer une ou plusieurs des activités proposées

Indiquer ici les difficultés de santé en précisant les dates (maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations, rééducations) :

Recommandations des parents :

Actuellement suit-il un traitement ? OUI NON

Si oui, lequel ?

RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM : **Prénom :**

Adresse (pendant la période du séjour).

Téléphone domicile : **Téléphone travail :**

Portables **mère :** **père :**

N° de sécurité sociale :

Personnes désignées par les parents pour récupérer l'enfant :

Nom-prénom : tél :

Nom-prénom : tél :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :2019

Signature :

