

INSCRIPTION par PERIODE

A compléter dans tous les cas

VACANCES ETE 2017 (du 10 JUILLET au 4 AOUT 2017)

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**
- Montant du règlement et numéro du chèque sont précis et exacts
- Fiche sanitaire signée (**contact en cas d'urgence**)
- Le DERNIER rappel D.T.Polio est bien noté sur la fiche sanitaire *
- Les accompagnateurs sont notés *
- Règlement interne du C.L.S.H. remis et **CONSERVÉ par le responsable légal**
- ATTESTATION NATATION pour les plus de 6 ans leur permettant d'accéder au grand bain

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

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

en MAIRIE :

- Du lundi 29 mai au vendredi 16 juin 2017

Horaires Secrétariat :

Lundi	de	_____	14h00 à 16h00
Mardi	de	8h00 à 12h00	14h00 à 17h00
Mercredi	de	8h00 à 12h00	14h00 à 16h00
Judi	de	8h00 à 12h00	_____
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**

ETE 2017 (du lundi 10 juillet au vendredi 4 août 2017)

Nom et prénom : Né(e) le : Sexe : M / F

Nageur : OUI (attestation 50 m nage libre obligatoire) NON

Adresse des parents :
..... Tél :

N° d'allocataire (1) : CAF :

Adresse mail : @

Nom et prénom de la mère : Profession :

Employeur et commune. Tél :

Nom et prénom du père : Profession :

Employeur et commune. Tél :

AUTORISATION PHOTO : OUI/NON

ASSURANCE : OUI/NON

TARIF : semaine et repas compris

du lundi 10 juillet au jeudi 13 juillet 2017 selon QF = €

S2 du lundi 17 juillet au vendredi 21 juillet 2017

5 JOURS 4 JOURS selon QF = €

Lundi Mardi Mercredi jeudi Vendredi (*)

S3 du lundi 24 juillet au vendredi 28 juillet 2017

5 JOURS 4 JOURS selon QF = €

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi (*)

S3 du lundi 31 juillet au vendredi 4 août 2017

5 JOURS 4 JOURS selon QF = €

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi (*)

TOTAL : €

DEDUCTION CE : €

A REGLER €

(1) indiquer les nom et prénom de l'allocataire si son nom est différent de celui de l'enfant

(*) Merci de barrer le jour inutile

Veillez compléter le verso de la présente

PAIEMENT

Espèces : Chèque vacances : chèque de caution

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

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

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

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

SOLDÉ : Oui / non Facture

DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

Pièces fournies : Fiche sanitaire Règlement du Centre de Loisirs

Pièces reçues : Fiche sanitaire. document CE

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 2017

Signature du responsable de l'enfant :

COMMENTAIRE :

(1) indiquer les nom et prénom de l'allocataire si son nom est différent de celui de l'enfant

(*) Merci de barrer le jour inutile

Veillez compléter le verso de la présente

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 :2017

Signature :

