

**FICHE D'INSCRIPTION ET DECHARGE**  
**POUR LE CENTRE DE LOISIRS DE CHAVANOD - ETE 2019**  
 « Les Marmousets » - Sans hébergement

NOM de l'enfant	Prénom	Sexe	Etablissement scolaire	Date de naissance	Âge

PERE		MERE	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
Tél domicile		Tél domicile	
Tél travail		Tél travail	
Tél portable		Tél portable	
Courriel (obligatoire)		Courriel (obligatoire)	
Profession		Profession	
Autre personne à joindre en cas de nécessité : N° de téléphone :			



**Couverture sociale** : n° \_\_\_\_\_

Sécurité Sociale

RSI

MSA  Autre : \_\_\_\_\_

JUILLET	AOUT
<input type="checkbox"/> Du 8 juillet au 12 juillet 2019	<input type="checkbox"/> Du 29 juillet au 2 août 2019
<input type="checkbox"/> Du 15 juillet au 19 juillet 2019	<input type="checkbox"/> Du 5 août au 9 août 2019
<input type="checkbox"/> Du 22 juillet au 26 juillet 2019	

Je souhaite une facture acquittée à la fin du séjour ?

oui  non

Je suis adhérent Familles Rurales pour l'année 2018/2019\* ?

oui  non

\*adhésion 2018/2019 valable du 1er septembre 2018 au 31 août 2019

# ✧ AUTORISATIONS PARENTALES ✧

➤ Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ autorise les responsables du Centre de Loisirs à présenter mon enfant \_\_\_\_\_ à un médecin en cas de soins à donner d'urgence. Celui-ci décidera de l'intervention à réaliser ainsi que de la nécessité éventuelle d'une anesthésie. De plus, je m'engage à rembourser tous les frais (médicaux, chirurgicaux, hospitalisation, transport vers hôpital ou clinique, frais pharmaceutiques éventuels, etc...) incombant à la famille.

➤ J'autorise mon enfant :

- à participer aux activités organisées par le Centre de Loisirs.....  OUI  NON
- à voyager par moyen de transport collectif.....  OUI  NON
- à être pris en photo/vidéo et accepte la diffusion de celles-ci dans le cadre des activités du Centre de Loisirs (par ex. spectacle), sur le site Internet de l'AFR et dans les bulletins d'information et journaux.....  OUI  NON
- à se baigner sous surveillance (seuls les enfants vaccinés contre la polio peuvent de baigner).....  OUI  NON

➤ J'autorise que mon enfant soit récupéré après le Centre par la ou les personnes suivantes (en dehors des parents) :

Nom, prénom, n° tél : \_\_\_\_\_

Nom, prénom, n° tél : \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature** du représentant légal de l'enfant précédée de la mention "lu et approuvé" :

## Ne rien inscrire en dessous, cadre réservé à l'Association

-  **Documents manquants** :  Attestation d'assurance  Fiche sanitaire  Quotient familial  
 Règlement  Photocopie vaccinations

### Habitants Chavanod/Montagny :

- Tarif 1 : QF <= à 800 (100€ la semaine)  Tarif 2 : QF > à 800 (110€ la semaine)

### Habitants autres communes :

- Tarif 3 : QF <= à 800 (110€ la semaine)  Tarif 4 : QF > à 800 (120€ la semaine)

1) Coût du séjour : \_\_\_\_\_ €

2) Déductions :

Aide Mairie : \_\_\_\_\_ €

Bons CAF \_\_\_\_\_ €

(n° allocataire : \_\_\_\_\_ n° identifiant : \_\_\_\_\_)

Bons CE \_\_\_\_\_ €

Total déductions \_\_\_\_\_ €

3) Coût du séjour après déduction(s) (1-2) : \_\_\_\_\_ €

4) Mode de règlement :  Chèque  Chèques-vacances  CESU

