

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 15 juillet au 19 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

Tournez SVP ►

✧ 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**