

Dossier Hors C.C.R.M. Maternelle De la PS (4 ans) à la GS

FICHE D'INSCRIPTION -ACCUEIL DE LOISIRS

Du 24 /02/2014 au 28/02/2014 - Péricolaire de Sundhouse

REPRESENTANT LEGAL :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Commune :

Tél. Privé : 03 / 06

Adresse électronique :

Tél. Employeur : Tél. Professionnel :

N° allocataire (OBLIGATOIRE) : Caisse d'affiliation :

TARIFS en euro à la semaine / journée :

	Quotient familial 0 à 500 €	Quotient familial 500,01 à 600 €	Quotient familial 600,01 à 700 €	Quotient familial + de 700 €
1 ^{er} enfant	69,50 / 13.90	79,50 / 15.9	87,50 / 17.50	97,50 / 19.50
2 ^{ème} enfant	66 / 13.20	75,50 / 15.10	83,50 / 16.70	93,50 / 18.70
3 ^{ème} enfant	62,50 / 12.50	72 / 14.50	80,50 / 16.10	90 / 18
Votre quotient <i>Cochez la colonne</i>				

ENFANT(S) CONCERNE(S) ET INSCRIPTION :

Nom	Prénom	Date de Naissance	Réservé à l'Association				
			24/02	25/02	26/02	27/02	28/02

Réservé à l'Association

REGLEMENT :

ACCUEIL DE LOISIRS Montant total : €

Mode de règlement : Espèce € Chèques Vacances €
 Chèque € N°

CARTE DE MEMBRE : Tarif 10€

Depuis le / / 20... OU réglée ce jour (à part)

Mode de règlement : Espèce €
 Chèque € N°

DOCUMENT A ETABLIR :

Attestation Facture Carte de membre

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné,, représentant légal du (des) mineur(s) désigné(s) au recto de cette feuille,

autorise mon (mes) enfant(s) désigné(s) au recto

- à participer à cet Accueil de Loisirs et à pratiquer les activités proposées,
- à subir toute intervention pratiquée en cas d'urgence par un médecin responsable et à suivre le traitement rendu nécessaire par son état de santé
- certifie avoir souscrit une assurance responsabilité civile
- **certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur** de l'alsh (<http://espaceenfants.over-blog.com>)

D'autre part, je m'engage à rembourser à l'organisme tous les frais médicaux et annexes qui auraient été avancés pour mon (mes) enfant(s).

L'organisateur rejette toute responsabilité en cas d'accident si l'(les) enfant(s) ne possède(nt) pas la carte de membre, qui le(s) couvre(nt) par une assurance de l'Association.

L'Association rembourse le séjour sur présentation d'un certificat médical dans **un délai de 2 jours après l'absence**.

Je souhaite que mon enfant scolarisé en maternelle fasse la sieste durant son accueil en Alsh :

Oui Non

L'équipe d'animation peut être amenée à prendre des photos, à réaliser des films ou à solliciter la presse. L'organisateur attire votre attention sur le « droit à l'image et au son (voix) » de l'enfant mineur qui nécessite votre assentiment pour toute diffusion y compris sur internet.

J'autorise, **je n'autorise pas** **la diffusion d'une image et/ou de la voix de mon (mes) enfant(s) par lesquelles il(s) serait(ent) reconnaissable(s).**

L'Association vous rend attentifs au fait qu'il serait judicieux de marquer les vêtements, chaussures et accessoires de votre (vos) enfant(s), afin qu'ils soient réellement identifiables. Néanmoins, l'association ne versera en aucun cas une quelconque indemnité en cas de perte ou de détérioration de ces derniers.

Personnes autorisées à chercher mon (mes) enfant(s)

NOM	Prénom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

Fait à Sundhouse, le **Signature du représentant légal :**