

Fiche d'inscription avril 2021



ASSOCIATION
AFR
SAINT-JEAN-CHAMBRE

Centre de Loisirs LOU-GAMIOS
afr.saintjeanchambre@gmail.com
Téléphone : 07 68 68 15 13 / 06 10 87 68 62

Nom et prénom de(s) enfant(s) :

- 1).....Date de naissance :...../...../.....
 2).....Date de naissance :...../...../.....
 3).....Date de naissance :...../...../.....
 4).....Date de naissance :...../...../.....

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Père Mère Tuteur

PERE : Nom :.....Prénom :.....

MERE : Nom :.....Prénom :.....

REGIME :

CAF : quotient familial (Attestation à joindre)

MSA : quotient familial (Bons d'aide aux vacances signés à joindre si vous y avez droit)

Autre :

INSCRIPTIONS :

(Si vous inscrivez vos enfants à la semaine, cochez la grande case.)

Du 12 au 16 avril 2021	Enfant 1			Enfant 2			Enfant 3			Enfant 4		
	S	M	AM	S	M	AM	S	M	AM	S	M	AM
Lundi 12												
Mardi 13												
Mercredi 14	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Jeudi 15												
Vendredi 16												

Du 19 au 23 avril 2021	Enfant 1			Enfant 2			Enfant 3			Enfant 4		
	S	M	AM	S	M	AM	S	M	AM	S	M	AM
Lundi 19												
Mardi 20												
Mercredi 21	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Jeudi 22												
Vendredi 23												

	Enfant 1			Enfant 2			Enfant 3			Enfant 4		
	S	M	AM	S	M	AM	S	M	AM	S	M	AM
Lundi												
Mardi												
Mercredi	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Jeudi												
Vendredi												

	Enfant 1			Enfant 2			Enfant 3			Enfant 4		
	S	M	AM	S	M	AM	S	M	AM	S	M	AM
Lundi												
Mardi												
Mercredi	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Jeudi												
Vendredi												

Tournez
svp



Autorisation parentale

Je soussigné(e)..... autorise le personnel du centre à faire soigner mon enfant par un médecin et à faire pratiquer sur lui les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du corps médical.

- Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.
- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'association dans le cadre du centre de loisirs dans la commune et en-dehors.
- J'autorise également l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du centre par des transports de bénévoles ou parents accompagnants.
- J'autorise l'utilisation de photos de mon enfant pour d'éventuelles activités et publications.
- Si une autre personne devait raccompagner l'enfant, je m'engage à faire connaître son identité au personnel du centre du loisirs.
- Je certifie avoir pris connaissance du fait que l'association me recommande de souscrire une assurance couvrant les dommages corporels auxquels peuvent être exposés mes enfants lors des activités.
- Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et en approuver tous les termes.

Personnes à prévenir en cas d'accident si les responsables légaux sont injoignables (nom, prénom, téléphone)	Personnes habilitées à récupérer l'enfant

Date :/...../.....

Signature précédée de la mention manuscrite « **Lu et Approuvé** »