

VILLE DE VALDOIE – ACCUEIL DE LOISIRS
VACANCES HIVER 2018 – FICHE D'INSCRIPTION

1^{ère} inscription de l'année à notre ALSH
→ REmplir un dossier d'inscription

NOM et Prénom de l'enfant :

Né(e) le

Adresse :
.....
.....

Code Postal : Ville :

Valdoyen

Extérieur

Catégorie d'âge : Maternelle CP et +

Personne à prévenir en cas d'accident :
.....

 

Êtes-vous allocataire Caisse d'Allocations Familiales ? Oui Non

N° Allocataire CAF (**obligatoire**) :

Attention !!!!!Si vous bénéficiez des aides aux temps libres de la CAF, veuillez nous faire parvenir la feuille de 2018 au plus tard le 02/03/2018.

Quotient Familial (**obligatoire**) :

Problème(s) de santé de l'enfant (allergies, asthme ...) :
.....

A chaque venue au centre, votre enfant doit être muni d'une bouteille d'eau, d'un goûter pour le matin (fruit, compote, céréales...), d'une **tenue de sport adaptée à l'activité**, le tout dans un sac à dos marqué à son nom.

Le programme des activités sera disponible à partir du 16/01/2018

Date limite d'inscription fixée au 01/02/2018

Le montant des prestations des vacances sera intégré dans vos factures de février.

VILLE DE VALDOIE – ACCUEIL DE LOISIRS
VACANCES HIVER 2018 – FICHE D'INSCRIPTION

1^{ère} inscription de l'année à notre ALSH
→ REmplir un dossier d'inscription

NOM et Prénom de l'enfant :

Né(e) le

Adresse :
.....
.....

Code Postal : Ville :

Valdoyen

Extérieur

Catégorie d'âge : Maternelle CP et +

Personne à prévenir en cas d'accident :
.....

 

Êtes-vous allocataire Caisse d'Allocations Familiales ? Oui Non

N° Allocataire CAF (**obligatoire**) :

Attention !!!!!Si vous bénéficiez des aides aux temps libres de la CAF, veuillez nous faire parvenir la feuille de 2018 au plus tard le 02/03/2018.

Quotient Familial (**obligatoire**) :

Problème(s) de santé de l'enfant (allergies, asthme ...) :
.....

A chaque venue au centre, votre enfant doit être muni d'une bouteille d'eau, d'un goûter pour le matin (fruit, compote, céréales...), d'une **tenue de sport adaptée à l'activité**, le tout dans un sac à dos marqué à son nom.

Le programme des activités sera disponible à partir du 16/01/2018

Date limite d'inscription fixée au 01/02/2018

Le montant des prestations des vacances sera intégré dans vos factures de février.

FAITES VOTRE CHOIX*

**POUR SIGNALER LA PRESENCE DE VOTRE ENFANT, METTRE UNE CROIX
DANS LA OU LES CASE(S) CORRESPONDANTE(S) A VOS BESOINS**

| | J.C. avec repas (9h00-17h00) | J.C. sans repas (9h-12 / 14h- 17h) | Accueil matin (8h00- 9h00) | Matin (9h00- 12h00) | Repas (12h00- 14h00) | Après- midi (14h00- 17h00) | Accueil soir (17h00- 18h00) |
|-------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Lundi 12/02 | | | | | | | |
| Mardi 13/02 | | | | | | | |
| Mercredi 14/02 | | | | | | | |
| Jeudi 15/02 | | | | | | | |
| Vendredi 16/02 | | | | | | | |
| Lundi 19/02 | | | | | | | |
| Mardi 20/02 | | | | | | | |
| Mercredi 21/02 | | | | | | | |
| Jeudi 22/02 | | | | | | | |
| Vendredi 23/02 | | | | | | | |

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur)
accepte que (Nom, prénom de l'enfant).....
participe aux activités organisées par l'Accueil de Loisirs et autorise l'équipe de
Direction à faire pratiquer toutes les interventions médicales et chirurgicales
d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical
consulté. Je m'engage par ailleurs à rembourser le montant des frais médicaux.

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur)
autorise mon enfant à partir seul après les activités. Oui Non

SIGNATURE :

FAITES VOTRE CHOIX*

**POUR SIGNALER LA PRESENCE DE VOTRE ENFANT, METTRE UNE CROIX
DANS LA OU LES CASE(S) CORRESPONDANTE(S) A VOS BESOINS**

| | J.C. avec repas (9h00-17h00) | J.C. sans repas (9h-12 / 14h- 17h) | Accueil matin (8h00- 9h00) | Matin (9h00- 12h00) | Repas (12h00- 14h00) | Après- midi (14h00- 17h00) | Accueil soir (17h00- 18h00) |
|-------------------|------------------------------------|---|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Lundi 12/02 | | | | | | | |
| Mardi 13/02 | | | | | | | |
| Mercredi 14/02 | | | | | | | |
| Jeudi 15/02 | | | | | | | |
| Vendredi 16/02 | | | | | | | |
| Lundi 19/02 | | | | | | | |
| Mardi 20/02 | | | | | | | |
| Mercredi 21/02 | | | | | | | |
| Jeudi 22/02 | | | | | | | |
| Vendredi 23/02 | | | | | | | |

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur)
accepte que (Nom, prénom de l'enfant).....
participe aux activités organisées par l'Accueil de Loisirs et autorise l'équipe de
Direction à faire pratiquer toutes les interventions médicales et chirurgicales
d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical
consulté. Je m'engage par ailleurs à rembourser le montant des frais médicaux.

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur)
autorise mon enfant à partir seul après les activités. Oui Non

SIGNATURE :