

VILLE DE VALDOIE – ACCUEIL DE LOISIRS
VACANCES PRINTEMPS 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 si vous ne l’avez pas fait, la feuille de 2018 au plus tard le 30/04/2018.

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 12/03/2018
Date limite d’inscription fixée au 29/03/2018

Le montant des prestations des vacances sera intégré dans vos factures d’avril.

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 09/04							
Mardi 10/04							
Mercredi 11/04							
Jeudi 12/04							
Vendredi 13/04							
Lundi 16/04							
Mardi 17/04							
Mercredi 18/04							
Jeudi 19/04							
Vendredi 20/04							

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 :