

VILLE DE VALDOIE – ACCUEIL DE LOISIRS
 VACANCES HIVER 2019 – 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**) :

Quotient Familial (**obligatoire**) :

Attention !!!!! Si vous bénéficiez des aides aux temps libres de la CAF, veuillez nous faire parvenir la feuille de 2019 au plus tard le 01/03/2019.

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 21/01/2019

Date limite d’inscription fixée au jeudi 07/02/2019

Le montant des prestations des vacances sera intégré dans votre facture de février 2019.

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 (8h30-17h00)	J.C. sans repas (8h30-12 / 13h30-17h)	Accueil matin (7h30- 8h30)	Matin (8h30- 12h00)	Repas (12h00- 13h30)	Après- midi (13h30- 17h00)	Accueil soir (17h00- 18h00)
Lundi 18/02							
Mardi 19/02							
Mercredi 20/02							
Judi 21/02							
Vendredi 22/02							
Lundi 25/02							
Mardi 26/02							
Mercredi 27/02							
Judi 28/02							
Vendredi 01/03							

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 :