



Enfants inscrits à l'accueil de loisirs :

Date de naissance :

Nom et prénom : 1)

.....

2)

.....

3)

.....

4)

.....

La facturation sera adressée au responsable 1 sauf mention contraire de votre part ci-contre :

Responsable 1

Nom - Prénom:

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (préciser):

Adresse:

Téléphone domicile: Portable: Travail:

Adresse mail:

Employeur (nom et adresse):

Responsable 2

Nom - Prénom:

☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (préciser):

Adresse:

Téléphone domicile: Portable: Travail:

Adresse mail:

Employeur (nom et adresse):

Allocataire (même si un seul enfant)

☐ CAF

☐ MSA

☐ Autre

Caisse d'allocation :

Numéro allocataire (OBLIGATOIRE):

Bénéficiez-vous des aides aux loisirs CAF ou MSA?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, joindre la copie du quotient familial de mai

Je verse un acompte de 50 Euros en:

☐ Chèque

☐ Espèces

☐ CESU

☐ Chèque-vacances

Je souhaite adhérer à Familles rurales:

☐ Oui

☐ Non

Si déjà adhérent à Familles Rurales, fournir la copie de la carte d'adhérent 2022

Si oui, joindre un chèque de 28,15 Euros à l'ordre de Familles Rurales

Sinon, des frais de dossier de 15 Euros seront facturés

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements.

Le

Nom et signature:

Nous attirons votre attention qu'en cas de renseignements manquants ou incomplets, la validation de l'inscription de votre (vos) enfant(s) par notre association pourra être retardée.

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné, (nom, prénom), père, mère, tuteur de

- (nom, prénom)
- (nom, prénom)
- (nom, prénom)

Les soins :

- ☐ Autorise le responsable du Centre de loisirs Familles Rurales à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, je souhaite la consultation du docteur.....

..... (nom, adresse, téléphone) ou l'hospitalisation à

..... (nom de l'hôpital ou de la clinique).

Les sorties :

- ☐ Autorise mon (mes) enfant(s) :

A participer aux activités organisées par l'association (transport y compris)

A participer aux mini-camps (si inscrit)

A voyager : en voiture individuelle ou par moyen de transport collectif

A se baigner

▪ Mon (mes) enfant(s) : ☐ sait / savent nager ☐ ne sait / savent pas nager

▪ Autres personnes à prévenir en cas de nécessité :

..... (nom, prénom) tél :

..... (nom, prénom) tél :

- ☐ Autorise mon (mes) enfant(s) à rentrer seul à la maison après le fonctionnement du centre

- ☐ Autorise la direction à confier mon (mes) enfant (s) aux seules personnes désignées ci-dessous :

•

- Ou de toute autre personne pour laquelle nous nous engageons à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation.

- ☐ Je m'engage à fournir une décharge au directeur, si mon (mes) enfant(s) devai(en)t sortir exceptionnellement avant la fin des périodes d'activités du centre.

Le droit à l'image :

- ☐ Autorise Familles Rurales à exploiter pour tout usage de reproduction et de représentation les photos ou vidéos sur lesquelles figure(nt) mon (mes) enfant(s).

Cette autorisation est valable jusqu'à révocation expresse adressée avec accusé de réception à Familles Rurales.

Fait à, le

signature :

ACCUEIL DE LOISIRS «LA RUCHE » DE THEREVAL JUILLET 2023

Enfant 1

Enfant 2

Enfant 3

Nom – Prénom

Présence : Veuillez cocher, pour chaque journée, les cases adéquates. **Les journées des sorties du mois de juillet t vous seront communiquées ultérieurement.**

JUILLET

Matin			Repas			Après-midi		
ENF.1	ENF.2	ENF.3	ENF.1	ENF.2	ENF.3	ENF.1	ENF.2	ENF.3

Lun. 10

Mar. 11

Mer. 12

Jeu. 13

Vend.14

FERIE

Lun. 17

Mar. 18

Mer. 19

Jeu. 20

Vend.21

Lun. 24

Mar. 25

Mer. 26

Jeu. 27

Vend.28