



Période

Photo

FICHE D'INSCRIPTION ET DE RENSEIGNEMENTS
CENTRE DE LOISIRS & ACCUEILS PERISCOLAIRES
ANNEE SCOLAIRE 2017-2018

Nom et prénom de l'enfant		Sexe	
Date et lieu de naissance		Age	
Adresse complète		Nationalité	
Code postal		Ville	

	Mère	Père
Nom et Prénom		
Autorité parentale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Adresse (si autre)		
<u>M@il</u>		
Fixe	0594	0594
Portable	06	06
Profession		
Adresse employeur		
Employeur		
Autres autorité parentale		
Nom et prénom		
N° allocataire		

LA PERIODE CONCERNEE DATE DU AU

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Nombre de semaines
Demi-journées sans repas 20€/ jour						
Demi-journées avec repas 25€ jours						
Journées 30€ jour						

Assurance Scolaire :	Nom :
Responsabilité civile :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Individuelle Accident : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Classe scolaire :

LISTE DES PIECES A FOURNIR

1 photo d'identité - Attestation d'assurance (scolaire) - Photocopie des vaccins (2 dernières pages) - Certificat médical

AUTORISATIONS PARENTALES

Association Caraïbes Serv's

Contact : Monsieur HILAIRE F - Responsable développement d'activités socioculturelles

Port : 06 94 26 37 29 / 06 95 45 30 33

Mail : as-caraibe.serv@hotmail.com - Site : www.caraibes-serv.com

J'autorise la ou les personnes dont les noms, prénoms et numéros de téléphone qui suivent, à venir chercher mon enfant au Centre de loisirs :

Nom et prénom	Adresse	Téléphone	Portable
		05 94	06

Demande d'autorisation		Oui	Non
Autorisation de photos : j'autorise l'équipe à prendre en photos mon enfant à des fins pédagogiques (activités, presse)			
Autorisation de transport et de sortie : j'autorise le personnel à sortir mon enfant par un moyen de transport collectif			
Autorisation d'administration médicament : j'autorise le personnel à administrer les médicaments prescrits par le médecin et sur présentation d'une ordonnance			
Autorisation d'urgence : J'autorise le personnel à prendre les mesures d'urgences nécessaires (hospitalisation, pompiers, SAMU...) et à être transporté dans le véhicule du directeur en cas de nécessité			
Acceptation du règlement intérieur : Je m'engage pour moi, comme pour la ou les personnes mineures que je représente, à le respecter, à m'y conformer et à accepter toutes les mesures qu'il préconise			
Autorisation de sortie : J'autorise mon enfant à quitter seul le centre après l'activité			
Je souhaite recevoir des offres et mes factures par mail pour la réduction de mes impôts			

L'ACS confirme qu'elle ne diffusera aucunes photos ou vidéos, susceptibles de nuire à l'image de ou des enfants.

MODE DE PAIEMENT

.... Chèques: ... N° _____ N° _____ ... € Espèces

Bon de CAF de : € € €

Fait à _____, le _____ Signature du responsable légal.

Les renseignements portés sur cette fiche sont confidentiels et réservés à un usage interne. Merci de la remplir soigneusement et de la rapporter le plus vite possible au Centre de Loisirs.

Tout retard de paiement ou chèque rejeté entraîne l'application d'une pénalité égale à 3 fois le taux de l'intérêt légal et une indemnité de frais de recouvrement de 40€ ainsi que tout complément sur justification.

Association Caraïbes Serv's

Contact : Monsieur HILAIRE F - Responsable développement d'activités socioculturelles

Port : 06 94 26 37 2906 95 45 30 33

Mail : as-caraibe.serv@hotmail.com – site : www.caraibes-serv.com