

INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS d'ORCINES

6 ans et +

Vacances d'AOÛT. Du 28/08 au 1^{er} /09/2017

A RETOURNER AVANT LE VENDREDI 21/07/2017



Cochez ci-dessous les jours de présence (4 jours minimum sur 5)

Semaine 35				
L28	M29	Me30	J31	V1er/9

ENFANT(s) :

NOM :

Prénom(s) :/...../...../.....

Dates de naissance :/...../...../.....

Renseignements complémentaires :

PARENTS / TUTEUR LEGAL :

Responsable légal de l'enfant : Père Mère Tuteur (barrer la ou les mentions inutiles)

NOM et Prénom :

Adresse :

Tél en cas d'urgence : *Courriel* :@.....

Profession du responsable : Lieu de travail :

Tél travail :

N° d'assuré social :

Adresse caisse d'assurance maladie :

N° allocataire CAF..... Quotient Familial :

(Exemplaire CAF à fournir sinon tarif maximum)

DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL :

Je soussigné,....., responsable légal de l'enfant..... autorise les responsables de l'ALSH d'Orcines:

- 1) A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgences, suivant les prescriptions du médecin.
- 2) Je m'engage à rembourser à la mairie d'Orcines les frais médicaux et d'hospitalisation intervenus pendant l'Accueil de Loisirs.
- 3) J'autorise l'ALSH et la Mairie d'Orcines à utiliser l'image de mon/mes enfant(s) de manière légale et non commerciale (articles de presse, site internet mairie, vidéos de l'alsh, etc.)
- 4) J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités proposées par l'ALSH.
- 5) Je m'engage, sauf cas de force majeure justifié, à régler les inscriptions engagées sur ce même document.
- 6) Tout *Quotient Familial CAF* non fourni donnera lieu à une facturation au tarif maximum.

À....., le.....Signature, précédée de la mention « *Lu et approuvé* » :