

INSCRIPTION

ACCUEIL DE LOISIRS d'ORCINES

6 ans et +

Vacances de juillet. Du 10 au 28/07/2017

A RETOURNER AVANT LE 23/06/2017, 18h

× Cochez ci-dessous les jours de présence (possibilité d'ôter 1 jour par semaine maximum)

Semaine 28					Semaine 29					Semaine 30				
L10	M11	Me12	J13	V14	L17	M18	Me19	J20	V21	L24	M25	Me26	J27	V28
				férié										

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 :

(Exemple 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 également 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 journalier/hebdomadaire.
- 7) Toute demande d'attestation de paiement doit être faite auprès du Trésor Public **lors du règlement**.

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