

FICHE D'INSCRIPTION CLSH Vacances Avril 2017

RENSEIGNEMENTS

L'ENFANT

Nom et Prénom né(e) le Sexe: F / M
 Nom et Prénom né(e) le Sexe: F / M
 Nom et Prénom né(e) le Sexe: F / M

LES PARENTS (ou tuteurs) de l'enfant

Nom et Prénom père, mère, tuteur.
 Adresse
 N° de tél domicile N° de tél travail
 Lieu auquel nous pouvons vous contacter pendant le centre de loisirs. (Si celui-ci est différent de votre adresse habituelle)
 adresse..... Tél.....
 adresse mail.....
 ASSURANCES et ALLOCATIONS FAMILIALES
 Votre N° de sécurité sociale ou MSA
 Êtes-vous allocataire CAF ? OUI / NON Si oui, caisse de Votre N°
 Êtes-vous allocataire MSA ? OUI / NON Si oui, caisse de Votre N°

INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT AU CENTRE DE LOISIRS

Le remboursement de l'inscription ne pourra se faire que sur présentation d'un certificat médical, les repas resteront dus.

	Accueil péri centre	Journée	Demi-journée	Demi-journée repas
Lundi 10				
Mardi 11				
Mercredi 12		cinéma		
Jeudi 13				
Vendredi 14				
Lundi 17	Férié	Férié	Férié	Férié
Mardi 18				
Mercredi 19		Cinéma		
Jeudi 20				
Vendredi 21				

AUTORISATION

Je soussigné....., père, mère, tuteur de(s) l'enfant(s).....

inscrit celui-ci au centre de loisirs sans hébergement organisé par l'association Familles rurales pour les périodes désignées sur ce bulletin, et l'autorise à y pratiquer toutes les activités.

Le à signature :