

COMMUNE DE FILLIÈRE



Aviernoz



Evires



Les Ollières

ACCUEIL DE LOISIRS FICHE D'INSCRIPTION



2017-2018

Valable du 1^{er} septembre 2017 au 31 août 2018



St Martin
Bellevue



Thorens-
Glières

St Martin-Bellevue Thorens-Glières Jeunes

VOTRE/VOS ENFANTS

NOM	Prénom	Date de Naissance	Natation
			<input type="checkbox"/> sait nager (Certificat de natation obligatoire) <input type="checkbox"/> ne sait pas nager
			<input type="checkbox"/> sait nager (Certificat de natation obligatoire) <input type="checkbox"/> ne sait pas nager
			<input type="checkbox"/> sait nager (Certificat de natation obligatoire) <input type="checkbox"/> ne sait pas nager

PERE MERE ou REPRESENTANT LEGAL

	PERE ou RESPONSABLE LEGAL	MERE ou RESPONSABLE LEGAL
NOM		
Prénom		
Adresse		
Code Postal		
VILLE		
Tel Domicile		
Tel Travail		
Tel Portable		
Email		
EMPLOYEUR (nom & ville)		

Situation Familiale : Marié(e) Vie Maritale / Pacsé(e) Célibataire Divorcé(e) / Séparé(e) Veuf (ve)

N° Allocataire CAF ou MSA : _____ **Quotient Familial** : _____ €uros

Je donne mon accord pour accéder à l'information quotient familial sur le site CAFPRO.

Si vous ne pouvez pas fournir d'attestation CAF indiquant le montant de votre quotient, merci de nous fournir votre dernier avis d'imposition sur les revenus.

TARIFS (cf Règlement Intérieur)

Frais de Dossier :

10 € par enfant (valable du 1^{er}/09/2017 au 31/08/2018) : à régler par chèque à l'ordre du Trésor Public ou par virement bancaire (merci de demander un RIB auprès du secrétariat 04 50 22 82 38 ou par mail secretariat.jeunesse@commune-filliere.fr).

AUTORISATION PARENTALE

OBLIGATOIRE

Je soussigné(e) _____

Responsable ou tuteur légal du(des) enfant(s) _____

Autorise la direction de l'accueil de loisirs à faire pratiquer toutes interventions médicales et chirurgicales nécessitées, par l'état de santé de mon (mes) enfant(s). De plus, je m'engage à payer tous les frais (médicaux, chirurgicaux, hospitalisation, etc...) incombant à la famille.

En cas d'urgence, N° de téléphone où vous joindre : ☎ _____

J'autorise mon (mes) enfant(s) :

- à participer aux activités organisées par l'accueil de loisirs
- à voyager par moyen de transport collectif
- à être pris en photo et accepte la diffusion de celles-ci dans le cadre de l'activité de l'accueil de loisirs, sur le site internet de la CCPF et dans les bulletins d'informations de la CCPF ou des communes du Pays de Fillière.

SORTIE DU (DES) ENFANT(S)

OUI	NON	J'autorise mon (mes) enfant(s) à rentrer seul(es) après l'accueil de loisirs.	
OUI	NON	J'autorise mon (mes) enfant(s) à quitter l'accueil de loisirs QUE s'il(s) est (sont) accompagnés de ses parents ou des personnes ci-dessous :	
Personnes autorisées à prendre en charge mon (mes) enfant(s) à la sortie de l'accueil de loisirs	NOM - Prénom		Numéro de Téléphone
			☎ :
			☎ :
			☎ :

REGLEMENT INTERIEUR

- J'atteste avoir pris connaissance du **règlement intérieur de l'accueil de loisirs, je l'approuve et je m'engage à le respecter,**
- Je déclare exact les renseignements portés sur cette fiche,
- J'atteste que mon (mes) enfant(s) est (sont) couvert(s) par une assurance « responsabilité civile extra-scolaire »,
- Je m'engage à **signaler tout changement** (santé, coordonnées, personnes habilitées à récupérer mon (mes) enfant(s))

Fait à _____ Le _____

Signature