

RESERVE AFR

Carte AFR _ n°carte : _____ nom / chq : _____

Chèque bancaire _ nom / chq : _____

Chèque vacances _ nom / chq : _____



**Familles
rurales**
Vivre mieux !

Association
d'Andard-Brain

FICHE D'INSCRIPTION
INDIVIDUELLE ET SANITAIRE
MERCREDIS
Période scolaire 2010 - 2011

ENFANT

NOM :

PRENOM :

Date de naissance :

Age :

 CAF MSA autre : _____

N° allocataire : _____ Quotient familial : _____

Responsable légal de l'enfant : Parents Père Mère Tuteur Famille d'accueil

NOM : _____ PRENOM : _____

Adresse : _____

Adresse mail : _____

Téléphone domicile : _____ Portable : _____ Travail : _____

L'inscription à l'ALSH est possible à la journée (de 9H à 17H – inclus repas du midi et goûter) ou ½ journée.
Possibilité d'une garderie le matin de 7H45 à 9H et le soir de 17H à 18H.

La journée inclue un temps calme pour les petits et une sieste pour les tous-petits (prévoir drap ou duvet, tototte et doudou !).

CHOIX D'INSCRIPTION

⚠ L'ALSH ne disposant pas de locaux dédiés, nous sommes hébergés dans des locaux ne permettant pas d'accueillir un nombre important d'enfants. Les enfants inscrits régulièrement (tous les mercredis) seront donc prioritaires. Pour les familles qui souhaitent bénéficier des services de l'ALSH en fonction de leurs besoins, il faudra contacter la directrice au 06.74.47.49.32 afin de connaître les disponibilités.

CHOIX (cocher)	Journée 12 €/j	½ Journée 7,50 €/j	périodicité
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> vient le matin <input type="checkbox"/> vient l'AM <input type="checkbox"/>	tous les mercredis <input type="checkbox"/> 1 mercredi / 2 <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/>

> Renseignements : Anne-Lise ROBIN présidente de l'AFR 06.84.99.37.88.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Dates des dernières vaccinations de l'enfant :

BCG :
DT POLIO :

Mon enfant suit actuellement un traitement OUI / NON

Si oui, lequel ? _____

Recommandations particulières : _____

MEDECIN TRAITANT : NOM : _____
ADRESSE : _____
TEL : _____

AUTORISATIONS PARENTALES

Autorisation médicale : je soussigné (e) _____ responsable de l'enfant _____ autorise le directeur de l'ASH à faire soigner mon enfant et faire pratiquer les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin.

Autorise mon enfant à utiliser les transports en commun pour les besoins d'activités du centre de loisirs et à participer aux activités organisées par le centre.

Autorise mon enfant à utiliser une voiture particulière (uniquement en cas de nécessité de transport urgent).

Autorise que mon enfant soit conduit à la piscine pour se baigner.

Mon enfant **SAIT NAGER** **NE SAIT PAS NAGER**

Dans le cadre des activités de l'ALSH, si mon enfant est photographié, **j'autorise** à ce que les photos soient publiées dans le réseau Familles Rurales ou sur le bulletin communal : OUI NON

SECURITE DE SORTIE

GARDERIE : mon enfant fréquentera la garderie

- le matin / horaires : _____

- le soir / horaires : _____

Je soussigné (e) _____ père, mère ou tuteur de l'enfant _____, autorise les personnes suivantes à prendre mon enfant après les horaires de fermeture :

NOM : _____ PRENOM : _____ TEL : _____

NOM : _____ PRENOM : _____ TEL : _____

Pour les enfants de 7 ans et plus,

J'autorise mon enfant à repartir seul après les horaires de fermeture du centre de loisirs et en assume pleinement la responsabilité.

Je n'autorise pas mon enfant à repartir seul.

Seuls les enfants munis d'une décharge seront autorisés à sortir de l'Accueil de Loisirs pendant l'ouverture de celui-ci (rendez-vous médical, ...).

Rappel : chaque soir, 1 heure vous est allouée pour vous permettre de récupérer votre (vos) enfant (s). En cas de difficultés, prévenez-nous. Tout abus de dépassement des horaires sera relevé et notifié aux membres du bureau.

Fait le _____ / 2010
(précédé de la mention lu et approuvé)