

Autres personnes autorisées à récupérer les enfants :

Nom : lien de parenté : N° tél :

Nom : lien de parenté : N° tél :

Nom : lien de parenté : N° tél :

↳ **Cantine** : lundi mardi jeudi vendredi

↳ **Périscolaire** : matin (de 07 h 30 à 9 h) soir (de 16 h 30 à 18 h)

Je m'engage à :

- respecter le ou les règlements, dont j'ai pris connaissance,
- effectuer les réservations pour la cantine et le périscolaire **avant le vendredi 17 août 2018 impérativement POUR TOUTE L'ANNEE.**
- **régler la participation financière en Mairie, ou sur l'application « E.Famille » dès réception de facture (chaque fin de mois ou de période)**

J'autorise :

- l'ALSH, à prendre mon (mes) enfant(s) en photo (dans un cadre strictement réservé à la promotion de l'accueil de loisirs et à la communication aux parents).

Date :

Signature des deux parents **OBLIGATOIRE** :

Documents à fournir impérativement pour toute inscription :

*** à la cantine et au périscolaire :**

- attestation employeur de chaque parent
- si famille non imposable, avis de non-imposition en cours (pour le périscolaire)

*** à l'accueil de loisirs :**

- la fiche sanitaire complétée et signée (par les deux parents),
- une attestation d'assurance de responsabilité civile (activités extrascolaires),
- le nouveau quotient familial (CAF)

↪ A.L.S.H. : Accueil de Loisirs Sans Hébergement

PARTIE A COMPLETER PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom de l'enfant :	Nom et prénom de l'enfant :	Nom et prénom de l'enfant :
est (sont) apte(s) aux activités de l'Accueil de Loisirs, à la vie en collectivité et est (sont) à jour de ses (leurs) vaccinations.		
<u>Nom du médecin traitant,</u> <u>date, cachet et signature :</u>	<u>Nom du médecin traitant,</u> <u>date, cachet et signature :</u>	<u>Nom du médecin traitant,</u> <u>date, cachet et signature :</u>

(L'inscription sera définitive après règlement du séjour et retour du dossier complet)

Horaires de L'accueil de loisirs
de 08 h à 12 h et de 14 h à 18 h
ou de 08 h à 18 h (repas à réserver sur e.famille ou en Mairie)

DECLARATION DES RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

Je (nous) soussigné(e)(s) Mme : **ET** M. :

Père Mère Tuteur

Autorise(ons) la Direction :

A faire soigner mon (nos) enfant(s) et à faire pratiquer les soins d'urgence suivant les prescriptions du médecin de l'Accueil de Loisirs. Je (nous) m' (nous) engage(ons) à payer les frais médicaux et pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuelle.

J'(nous) autorise(ons) mon (nos) enfant(s) à participer à toutes les activités de l'Accueil de Loisirs ainsi qu'aux déplacements en autocar et je (nous) certifie(ions) qu'il(s) ne présente(ent) aucune contre-indication médicale à la pratique de ces activités.

Date :

Signature des deux parents (OBLIGATOIRE) :