

INFORMATIONS AUX FAMILLES

Les inscriptions et le règlement des vacances scolaires et des mercredis se font à l'Accueil de loisirs municipal de La Capelle

Aucun remboursement ne pourra être effectué sauf sur présentation de justificatif (certificat médical ou autre) à compter de 3 jours consécutifs

Les familles dont les enfants seront déjà inscrits en 2021 n'auront plus à fournir de dossiers, seule une fiche correspondant à chaque période de vacances ou des mercredis sera à compléter.

Reservé à l'administration

- Fiche sanitaire de liaison**
- Vaccins**
- Justificatif de domicile**
- Attestation employeur père**
- Attestation employeur mère**
- Attestation d'assurance**
- Livret de famille**

Dossier complet



LA FARLÈDE

Centre : 04 94 31 53 61
Télécopie : 04 94 31 68 87
Centre : 06 20 28 17 19

**ACCUEIL DE LOISIRS MUNICIPAL
DE LA CAPELLE** 2021



FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENTS

Nom de l'enfant :

.....

Prénom de l'enfant :

.....

Date de naissance :

.....

Lieu de naissance :

.....

Adresse des parents :

.....

N°téléphone domicile :

.....

N° de tél. travail : Père :

Mère :

.....

N° de portable :

Père :

Mère :

.....

Adresse mail :

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Nom et prénom du père :

Nom et prénom de la mère :

Situation familiale :

N°Allocataire :

Employeur du père :

Employeur de la mère :

Autre(s) personne(s) habilitée(s) à récupérer
l'enfant au Centre de loisirs en cas d'impossibilité :

Où téléphoner en cas d'urgence ?

Renseignements que vous désirez signaler à la direction :

Si allergies alimentaires ou autre le préciser sur la fiche
sanitaire ci-jointe,

QF :

Tarif journée :

DÉCLARATION DU RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT

Je soussigné(e) Mme ou M. :

Père Mère Tuteur

Autorise la direction :

À faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les soins
d'urgence suivant les prescriptions du médecin
et je m'engage à payer les frais médicaux et pharmaceutiques,
d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuelle.

À photographier mon enfant lors d'activités spécifiques

OUI NON

Votre enfant peut-il rentrer seul le soir ?

OUI NON

Votre enfant sait-il nager ? **OUI NON**

Fait à : **Signature obligatoire :**

Le :

Nom du médecin habituel de l'enfant :

Adresse :

Téléphone :

C.P

Ville