

Réservé à ALIJPA : Initiale date 1 8 Inscription Réinscription

Civilité : Nom du représentant légal 1 : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél domicile : Mobile : Email :

Profession : Catégorie : Employeur :

Tél Travail : Mobile :

Régime : CAF : MSA : Autre : N° d'Allocataire :

Civilité : Nom du représentant légal 2 : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél domicile : Mobile : Email :

Profession : Catégorie : Employeur :

Tél Travail : Mobile :

Régime : CAF : MSA : Autre : N° d'Allocataire :

Points de car (c'est le moyen choisi pour le retour de l'enfant) :

(cochez l'arrêt choisi)

	Mercredis	Petites vacances	Été
BOÉ :	<input type="checkbox"/> École Jean Moulin	<input type="checkbox"/> École Jean Moulin	<input type="checkbox"/> École Jean Moulin
BON-ENCOTRE :	<input type="checkbox"/> Pas de retour	<input type="checkbox"/> École G. Brassens	<input type="checkbox"/> École G. Brassens
CASTELCULIER :	<input type="checkbox"/> Les Écoles	<input type="checkbox"/> Les Écoles	<input type="checkbox"/> Les Écoles
PONT DU CASSE :	<input type="checkbox"/> Pas de retour	<input type="checkbox"/> Pas de retour	<input type="checkbox"/> Pas de retour
LAFOX :	<input type="checkbox"/> École J-I Lagnoux	<input type="checkbox"/> École J-I Lagnoux	<input type="checkbox"/> École J-I Lagnoux
ST FERREOL :	<input type="checkbox"/> Centre de Loisirs	<input type="checkbox"/> Centre de Loisirs	<input type="checkbox"/> Centre de Loisirs

• **Tarification (cf : règlement intérieur)**

Quotient Familial en cours : **Tarif :**

Vous pouvez bénéficier du tarif « Communes » dans les cas suivants :

- Dérogation (fournir le courrier de la mairie)
- Les grands-parents sont domiciliés sur une des 4 communes (fournir un justificatif de domicile)

OBSERVATIONS PARTICULIÈRES :

ENFANTS À INSCRIRE				
Garçon/ Fille	NOM (en majuscules)	Prénom	Date de naissance	École/Classe
		/..... /.....	
		/..... /.....	
		/..... /.....	
		/..... /.....	

ACCOMPAGNANTS

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (mes) enfants(s) au Centre de Loisirs ou dans les garderies municipales:

NOM (en majuscules)	Prénom	Lien de parenté

Je soussigné déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur du Centre de Loisirs de Saint-Ferréol organisé par l'Association de Loisirs Intercommunale de Jeux et de Plein Air et :

Autorise mon enfant à participer aux différentes activités organisées par le Centre de Loisirs.

Décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du Centre de Loisirs.

Autorise, en cas d'urgence, le directeur du Centre de Loisirs à faire pratiquer les interventions chirurgicales et à faire prescrire tout traitement nécessaire à l'état de santé de mes enfants.

Autorise suivant la prescription médicale l'administration de traitement.

M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.

Autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités du Centre de Loisirs par des moyens de transports collectifs (cars, bus, train...). A la descente du bus le soir, je m'engage à récupérer mon ou mes enfants à l'intérieur de la garderie.

Atteste avoir été informé(e) des modalités d'organisation du ou des mini-séjours auxquels mes enfants sont inscrits.

Autorise ALIJPA à reproduire des photos de mes enfants dans le cadre des activités de l'association et pour la presse.

Autorise ALIJPA à utiliser des photos de mes enfants sur le site internet du Centre de Loisirs.

Autorise ALIJPA à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion à l'association.

Je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant.

Autorise ALIJPA à inclure une photo numérisée de mes enfants sur le dossier informatique.

Certifie exact les renseignements portés sur le présent formulaire.

NOM du représentant légal : Prénom :Date :/..../2018

Signature :

Représentant Légal :

<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../..... Groupe¹ : P M A</p> <p>Lien au représentant légal :</p> <p>Sieste : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si fatigue <input type="checkbox"/></p> <p>Date Vaccin DTP Polio :</p> <p>Médecin traitant :</p>	<p>Traitement médical en cours :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Difficultés de santé :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../..... Groupe¹ : P M A</p> <p>Lien au représentant légal :</p> <p>Sieste : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si fatigue <input type="checkbox"/></p> <p>Date Vaccin DTP Polio :</p> <p>Médecin traitant :</p>	<p>Traitement médical en cours :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Difficultés de santé :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../..... Groupe¹ : P M A</p> <p>Lien au représentant légal :</p> <p>Sieste : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si fatigue <input type="checkbox"/></p> <p>Date Vaccin DTP Polio :</p> <p>Médecin traitant :</p>	<p>Traitement médical en cours :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Difficultés de santé :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

¹ Petits, Moyens, Adolescents

<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../..... Groupe¹ : P M A</p> <p>Lien au représentant légal :</p> <p>Sieste : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si fatigue <input type="checkbox"/></p> <p>Date Vaccin DTP Polio :</p> <p>Médecin traitant :</p>	<p>Traitement médical en cours :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Difficultés de santé :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../..... Groupe¹ : P M A</p> <p>Lien au représentant légal :</p> <p>Sieste : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si fatigue <input type="checkbox"/></p> <p>Date Vaccin DTP Polio :</p> <p>Médecin traitant :</p>	<p>Traitement médical en cours :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Difficultés de santé :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../..... Groupe¹ : P M A</p> <p>Lien au représentant légal :</p> <p>Sieste : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si fatigue <input type="checkbox"/></p> <p>Date Vaccin DTP Polio :</p> <p>Médecin traitant :</p>	<p>Traitement médical en cours :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Difficultés de santé :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

¹ Petits, Moyens, Adolescents