

Réservé à ALIIPA : Initiales : __ Date : __ / __ / 20 __ Inscription : Réinscription :

REPRESENTANTS

• Représentant légal 1 – Lien avec l'enfant :

Civilité : Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Mobile :

Email :

Employeur : Tél. travail :

• Représentant légal 2 – Lien avec l'enfant :

Civilité : Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél. domicile : Mobile :

Email :

Employeur : Tél. travail :

TARIFICATION (cf. règlement intérieur)

Régime : CAF MSA AUTRE Numéro allocataire :

Année					
Quotient familial					
Tarif					

NB : si vous ne résidez pas sur une des communes conventionnées, vous pouvez bénéficier du tarif « Communes » dans les cas suivants :

- Dérogation (fournir le courrier de la Mairie auprès de laquelle la dérogation a été obtenue),
- Les grands-parents des enfants sont domiciliés sur une des communes suivantes : BOE, BON-ENCONTRE, CASTELCULIER, (fournir le justificatif de domicile des grands-parents).

ENFANTS A INSCRIRE

• **Identité / Médical :**

<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon Nom : Prénom : Date de naissance : / /	Date vaccin DTP Polio : / / Difficultés de santé : <input type="checkbox"/> Enfant bénéficiaire de l'AAEH (fournir justificatif MDPH)
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon Nom : Prénom : Date de naissance : / /	Date vaccin DTP Polio : / / Difficultés de santé : <input type="checkbox"/> Enfant bénéficiaire de l'AAEH (fournir justificatif MDPH)
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon Nom : Prénom : Date de naissance : / /	Date vaccin DTP Polio : / / Difficultés de santé : <input type="checkbox"/> Enfant bénéficiaire de l'AAEH (fournir justificatif MDPH)
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon Nom : Prénom : Date de naissance : / /	Date vaccin DTP Polio : / / Difficultés de santé : <input type="checkbox"/> Enfant bénéficiaire de l'AAEH (fournir justificatif MDPH)
<input type="checkbox"/> Fille <input type="checkbox"/> Garçon Nom : Prénom : Date de naissance : / /	Date vaccin DTP Polio : / / Difficultés de santé : <input type="checkbox"/> Enfant bénéficiaire de l'AAEH (fournir justificatif MDPH)

ENGAGEMENTS

Je déclare avoir pris connaissance et accepté le règlement intérieur du centre de Loisirs de Saint-Ferréol géré par l'Association Laïque Intercommunale Jeux et 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, en voiture individuelle (par les responsables de l'association ou par d'autres familles), par des moyens de transports collectifs (car, bus, train...),*
- *M'engage à l'arrivée du bus le soir, à récupérer mon ou mes enfants à l'intérieur de la garderie municipale,*
- *Atteste avoir été informé des modalités d'organisation du ou des mini-séjours auxquels mes enfants sont inscrits,*
- *Autorise l'ALIIPA à reproduire des photos de mes enfants dans le cadre des activités de l'association et pour la presse,*
- *Autorise l'ALIIPA à utiliser des photos de mes enfants sur le site Internet du centre de loisirs,*
- *Autorise l'ALIIPA à traiter sur un support informatique les informations concernant mon adhésion à l'association,*
- *Bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations me concernant,*
- *Autorise l'ALIIPA à inclure une photo numérisée de de mes enfants sur le dossier informatique,*
- *Certifie exact les renseignements portés sur le présent formulaire et m'engage à signaler toutes modifications intervenant au cours de l'année.*

Nom : **Prénom :**

Date :					
Signature					