



PERIODE D'INSCRIPTION

POSSIBILITÉ DE PROCEDER AUX INSCRIPTIONS POUR TOUTES LES VACANCES

Merci de cocher la (les) case (s) correspondant à la (aux) semaine (s) d'inscription de votre enfant :

VACANCES	INSCRIPTIONS VACANCES SCOLAIRES												
	OCTOBRE						NOV 2016						
	SEMAINE 1			SEMAINE 2			SEMAINE 3						
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M
TOUSSAINT	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28	31	1	2
	ECOLE										FERMÉ	Féried	
NOEL	DECEMBRE 2016						JANV 2017						
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M
	19	20	21	22	23	26	27	28	29	30	31	1	2
						FERMÉ					Samedi	Féried	FERMÉ
HIVER	FEVRIER						MARS 2017						
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M
	20	21	22	23	24	27	28	1	2	3	6	7	8
											ECOLE		
PRINTEMPS	AVRIL						MAI 2017						
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M
	17	18	19	20	21	24	26	26	27	28	1	2	3
	Féried										Féried	ECOLE	

RENSEIGNEMENT SUR L'ENFANT

Nom : Prénom :
 Né(e) le : Lieu de naissance :
 (département et commune ou pays si hors de France)

RENSEIGNEMENT SUR LES PARENTS

PERE

Nom :
 Prénom :
 Adresse :

 Code postal :
 Ville :
 Situation de famille :
 Téléphone domicile :
 Téléphone portable :
 e-mail* :
 N° allocataire CAF ou MSA :
 Profession :
 Employeur :
 Telephone travail :

MERE

Nom :
 Prénom :
 Adresse :

 Code postal :
 Ville :
 Situation de famille :
 Téléphone domicile :
 Téléphone portable :
 e-mail* :
 N° allocataire CAF ou MSA :
 Profession :
 Employeur :
 Telephone travail :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE : (autres que les parents)

Nom - prénom	Lien de parenté	Numéro de téléphone fixe	Numéro de téléphone portable

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné-----père mère responsable légal de l'enfant
 autorise les services municipaux à transporter mon enfant (quel que soit le moyen de transport utilisé) dans le cadre des activités de l'accueil de loisirs

autorise les services municipaux à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer toute intervention d'urgence. En cas d'accident durant le temps d'accueil de loisirs mon enfant sera transporté à l'hôpital le plus proche.

autorise la publication de photos éventuellement prises durant les activités dans Yzeuremag ou la presse.

autorise les personnes citées ci-dessous à récupérer mon enfant (autres que les parents)

Nom – Prénom	Lien de parenté avec l'enfant	Numéro de téléphone

autorise mon enfant à sortir seul à la fin des activités.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES SUR L'ENFANT

o Assurance

Compagnie d'assurance extrascolaire (individuelle accident corporel) :-----

Numéro de police d'assurance:

o Allergies : Oui Non

(si oui préciser la conduite à tenir)


o Régime Alimentaire : sans porc : **Oui** **Non**

o Difficultés de santé et précautions à prendre : (si oui préciser la conduite à tenir)

o L'enfant sait il nager ? Oui Non

o Attestation des 50m. fournie ? Oui Non

o L'enfant sait-il faire du vélo Oui Non

Date : -----  du père

 de la mère