



PERIODE D'INSCRIPTION

POSSIBILITÉ DE PROCEDER AUX INSCRIPTIONS POUR TOUTES LES VACANCES SCOLAIRES

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

VACANCES	INSCRIPTIONS VACANCES SCOLAIRES									
	SEMAINE 1					SEMAINE 2				
	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V
TOUSSAINT	OCTOBRE 2017					OCTOBRE 2017		NOVEMBRE 2017		
	23	24	25	26	27	30	31	1	2	3
								Férié		
NOËL	DÉCEMBRE 2017					JANVIER 2018				
	25	26	27	28	29	1	2	3	4	5
	FERMÉ					Férié				
HIVER	FÉVRIER 2018									
	12	13	14	15	16	19	20	21	22	23
PRINTEMPS	AVRIL 2018									
	9	10	11	12	13	16	17	18	19	20

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 ●

○ Assurance

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

Numéro de police d'assurance:

- Allergies : Oui  Non

(si oui préciser la conduite à tenir)


- Régime Alimentaire : sans porc : Oui  Non

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

- L'enfant sait-il nager ? Oui  Non

- Attestation des 50m. fournie ? Oui  Non

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

Date : -----  du père

 de la mère