

DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS "L'ÎLE AUX ENFANTS" ÉTÉ 2023

CENTRE DES MARAIS
43 rue de Châteaubriant
35770 VERN SUR SEICHE
☎ 02 99 62 83 27

Renouvellement
 Nouveau dossier

Cotisation

1^{ère} personne
2^{ème} personne
3^{ème} personne

Prix

8 €
6 €
5 €

Payée le

ENFANT

Nom _____ Prénom _____
Né(e) le ____/____/____ Sexe : Féminin / Masculin
École fréquentée _____ Classe _____
Adresse de l'enfant _____

E-mail principal _____ @ _____

PARENT 1

Nom _____ Portable _____
Prénom _____ Tél. travail _____
Adresse (si différente de l'enfant) _____

PARENT 2

Nom _____ Portable _____
Prénom _____ Tél. travail _____
Adresse (si différente de l'enfant) _____

PERSONNES AUTORISÉES ET À PRÉVENIR

(autre que les parents)

		A venir chercher mon enfant	En cas d'urgence
Nom _____	Tél. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom _____	Tél. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom _____	Tél. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALLOCATIONS FAMILIALES (Renseignements obligatoires) CAF / MSA / Autre : _____

N° _____ Parent allocataire _____

Afin de pouvoir bénéficier d'un tarif préférentiel au titre des quotients familiaux, votre autorisation est nécessaire pour consulter le site CAF Pro avec votre n° d'allocataire. Pour les bénéficiaires, réévaluation du tarif en cours d'année en fonction de la réactualisation de votre QF.

Je suis d'accord / Je refuse, je fournis l'attestation de quotient familial de la CAF

AUTORISATION

J'autorise les animateurs à prendre mon enfant en photo pour une utilisation propre au Centre des Marais (Site Internet, blog, page Facebook, Vern Info, Vivra'Vern, Forum, Ouest France,)

OUI NON

J'autorise le transport de mon enfant pour se rendre aux activités sur la commune : ludothèque, médiathèque...

OUI NON

FICHE SANITAIRE

❖ VACCINATIONS

Fournir la photocopie des pages vaccinations du carnet de santé

Obligatoire pour tout nouveau dossier et pour les enfants scolarisés en TPS, PS et CP.

❖ DIFFICULTÉS DE SANTÉ : (Si traitement médical éventuel en cours fournir une ordonnance pour l'administration de médicaments) _____

❖ RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS :

❖ RÉGIME ALIMENTAIRE :

OUI, préciser : Végétarien Sans porc Sans viande Autre _____

NON

Si allergies ou intolérances alimentaires, compléter la fiche de renseignements "Allergie ou intolérance alimentaire" (à demander à l'accueil).

Je soussigné, M _____, représentant légal (père, mère, tuteur), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du Centre à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Les parents déclarent avoir souscrit une attestation d'assurance en responsabilité civile. Il est de votre intérêt de souscrire un contrat d'assurance pour votre enfant.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement et du fonctionnement de l'accueil de loisirs sur la plaquette d'information « Accueil de loisirs L'Île aux enfants 2022/2023 ».

Signature (Précédée de la mention « Lu et approuvé »)

Date ____/____/____