

INSCRIPTION DE VOTRE ENFANT

Nom : N° sécurité sociale
 Prénom : N° MSA
 Né(e) le :
 N° d'adhérent vacances pour tous N° CAF
 année 09/10 : oui non (lettre clé)

ACTIVITÉ ASSOCIATIVE DU MERCREDI

nom de l'association : tel:
 lieu de l'activité :
 horaire de pratique : de h à h

PÉRIODE D'INSCRIPTION

Août-Septembre			Janvier			Avril		
	Matiu	Après-midi		Matiu	Après-midi		Matiu	Après-midi
	Journée			Journée			Journée	
lundi 31	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mercredi 6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mercredi 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mardi 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mercredi 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lundi 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mercredi 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mardi 13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mercredi 27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mercredi 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				jeudi 15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				vendredi 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				lundi 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						mardi 20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Octobre						mercredi 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				jeudi 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				vendredi 23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 21	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				mercredi 28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lundi 26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
mardi 27	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Mai		
mercredi 28	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				mercredi 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jeudi 29	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				mercredi 12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vendredi 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				mercredi 19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						mercredi 26	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Novembre								
lundi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Jeui		
mardi 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				mercredi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				mercredi 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				mercredi 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mercredi 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				mercredi 23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
						mercredi 30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decembre								
mercredi 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
mercredi 9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
mercredi 16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

RESPONSABLE LEGAL

PARENTS PÈRE MÈRE TUTEUR AUTRES.....
 Nom - prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Tél : Tél en cas d'urgence :
 e-mail :@.....
 Comité d'entreprise :

DÉCLARATION DU RESPONSABLE LEGAL

Je soussigné(e)
 responsable de l'enfant

1 Autorise le directeur du centre à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du médecin,

2 m'engage à remettre le premier jour du centre, le document "fiche sanitaire de liaison et certificat médical" fourni le jour de l'inscription,

3 m'engage à payer la participation financière incombant à la famille avant le séjour de mon enfant, m'engage à rembourser au centre les prestations de sécurité sociale, en cas de maladie ou d'accident, les frais médicaux, d'hospitalisation et d'opération éventuelle, non remboursés par la sécurité sociale,

4 reconnais mon enfant apte à pratiquer une activité sportive et à participer à toutes les activités du centre,

5 reconnais avoir reçu le jour de la confirmation de l'inscription un résumé du projet éducatif et pédagogique du centre Bouessé et être informé que je peux consulter l'intégralité du projet sur simple demande,

6 autorise la F.O.L.49 à utiliser la photo de mon enfant uniquement pour illustrer ses plaquettes d'information et articles de presse,

7 m'engage à prévenir par écrit le directeur du centre de toute absence de mon enfant, ainsi que de tout changement concernant les modalités de son accueil.

RETOUR DU CENTRE :

MERCREDIS RECREATIFS

- * mon enfant attendra au centre
- mon enfant attendra sur le lieu de pratique associative
- mon enfant rentrera par ses propres moyens

VACANCES

- * mon enfant attendra au centre
- mon enfant rentrera par ses propres moyens
- mon enfant rentrera avec le transport du centre, arret :
- par ses propres moyens de l'arret,
- doit attendre dans le bus*

* Nom de la ou des personne(s) autorisée(s) à venir le chercher: (y compris les parents)

A

Le

Signature :