

L'enfant

Nom: _____ **Prénom:** _____

Né(e) le: _____

Adresse où réside l'enfant: _____

Code postal: _____ **Localité:** _____

Numéros de téléphone: _____ ①

Adresse mail: _____

École et classe fréquentée: _____

Responsable légal de l'enfant

Mère Père Tuteur Mère Père Tuteur

Nom: _____ **Nom:** _____

Prénom: _____ **Prénom:** _____

Employeur: _____ **Employeur:** _____

Tél employeur: _____ **Tél employeur:** _____

CAF: Aisne Nord Somme **Numéro allocataire:** _____

MSA Oui **Numéro allocataire:** _____

Autorisation Parentale

Je soussigné(e) _____
responsable légal de l'enfant _____
autorise la direction de l'accueil de loisirs à faire soigner mon enfant et à faire pratiquer les interventions chirurgicales (anesthésie comprise) en cas de nécessité.

Je m'engage à rembourser à l'organisateur les frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques et frais annexes dont l'avance aurait été faite pour mon enfant au plus vite.

Je certifie que mon enfant est couvert par une assurance responsabilité civile et une individuelle accident (assurance scolaire ou assurance chef de famille).

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités de l'accueil de loisirs y compris piscine, baignade, sorties et camping quelque soit le moyen de transports utilisé.

Activités contre-indiquées : _____

enfant et à les utiliser pour la promotion de Vacances Plurielles SCIC SA (site internet, page facebook, journal interne...).

Je soussigné(e) _____ certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements donnés dans le présent bulletin d'inscription et avoir pris connaissance du règlement intérieur 2018.

La CAF participe au financement des activités proposées par Vacances Plurielles

A _____

Le _____

"Lu et approuvé" et signature