

# VAC ADOS

Bulletin d'inscription

12 -15 ANS

LES APRES-MIDIS DE 14H00 A 18H00


| Nom et prénom<br>Des enfants | Date de naissance |
|------------------------------|-------------------|
|                              |                   |
|                              |                   |
|                              |                   |


## FAMILLE

**Nom et Prénom de la Mère**

.....

Adresse : .....

 .....

 .....


Courriel : .....


Profession : .....

**Nom et Prénom du Père**

.....

Adresse : .....

 .....

 .....

courriel : .....


profession : .....


**Situation de famille :** Marié(e) - Vie Maritale - Séparé(e) - Garde Alt. - Seul(e) (rayer les mentions inutiles)

**Nom et Prénom du conjoint(e) de la mère**

.....

Adresse : .....

 .....

 .....


Courriel : .....


Profession : .....

**Nom et Prénom conjoint(e) du père**

.....

Adresse : .....

 .....

 .....

courriel : .....


profession : .....

## RENSEIGNEMENTS EN CAS D'URGENCE

Nom et Prénom de la personne à contacter : .....

Lien avec l'enfant (gd-parent, tante, nourrice) : .....

N° tél. de cette personne : .....

Médecin traitant : Dr.....  .....

à (ville) : .....

## AUTORISATION D'HOSPITALISATION

J'autorise le directeur du centre aéré à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Signature,

## RENSEIGNEMENTS DIVERS

Identité du Payeur : .....

Nombre d'enfant(s) à charge : .....

N° sécurité sociale : .....

N° allocataire CAF/MSA : .....  
(photocopie du justificatif CAF à fournir)

Quotient familial : .....

Pour les bénéficiaires des « aides aux temps libres » de la CAF (bons vacances), la ville déduit la réduction journalière au moment de l'édition de la facture. Les familles s'engagent à rembourser les journées ou ½ journées d'absences de l'enfant à la fin du séjour (non remboursés par la CAF)

Montant avis Imposition 2021: ..... (si non allocataire CAF/MSA)

(Photocopie avis imposition à fournir)

## INSCRIPTION

| Nom et prénom de l'enfant | JUILLET              |                      |                      |
|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|                           | S1<br>Du 11<br>au 15 | S2<br>du 18<br>au 22 | S3<br>du 25<br>au 29 |
|                           |                      |                      |                      |
|                           |                      |                      |                      |
|                           |                      |                      |                      |

### **ATTENTION :**

**Tout dossier devra être rendu complet et accompagné du règlement, sinon l'inscription ne sera pas validée**

A Saint-Memmie, le.....

Signature,