

ÉTÉ 2023

Nom et prénom Des enfants	Date de naissance

## FAMILLE

Parenté	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	Parenté	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
CP - Ville		CP - Ville	
Tel		Tel	
Mail <i>(obligatoire)</i>		Mail <i>(obligatoire)</i>	
Profession		Profession	
<b>Situation de famille : Marié(e) - Vie Maritale - Séparé(e) - Garde Alt. - Seul(e)</b>			
Conjoint (si séparation)		Conjoint (si séparation)	
Nom		Nom	
Prénom		Prénom	
Adresse		Adresse	
CP - Ville		CP - Ville	
Tel		Tel	
Mail		Mail	
Profession		Profession	

## INSCRIPTION

Nom et prénom de l'enfant	REPAS		JUILLET		
	OUI	NON	S1 Du 10 au 13	S2 Du 17 au 21	S3 Du 24 au 28

**Choix type de repas :** TOUTES LES VIANDES - VEGETARIEN (poisson, œuf) *(rayer la mention inutile)*

**RENSEIGNEMENTS**  
**(OBLIGATOIRE POUR VALIDER L'INSCRIPTION)**

**EN CAS D'URGENCE (PERSONNES AUTRES QUE LES PARENTS)**

Nom et Prénom de la personne à contacter : .....  
Lien avec l'enfant (gd-parent, tante, nourrice) .....  
N° tél. de cette personne (disponible durant les heures d'accueil) : .....

Médecin traitant : Dr..... À (ville)..... ☎.....

**AUTORISATION D'HOSPITALISATION**

J'autorise le responsable de l'activité 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**

**Nom et Prénom de la personne qui règle la facture :** .....

Nombre d'enfant(s) à charge : ..... N° sécurité sociale : .....

N° allocataire CAF/MSA : ..... Quotient familial : .....  
*(Photocopie du justificatif CAF/MSA à fournir)*

*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 2022 (**si non allocataire CAF/MSA**): .....  
*(Photocopie avis imposition à fournir)*

**ATTESTATION D'ASSURANCE**

J'atteste sur l'honneur qu'en cas de dégâts ou blessures causés à un tiers par mon enfant, sa responsabilité est couverte par :

L'assurance extra-scolaire      ou       ma responsabilité civile

☞ Souscrite à la Compagnie : ..... Numéro de police .....

**INFORMATIONS**

Vous recevrez votre facture par mail courant JUILLET 2023, qui sera à régler auprès des finances publiques. La Mairie ne prend plus de règlements.

Attention

Tout dossier incomplet ou rendu hors délai ne pourra être traité. Cette fiche d'inscription doit être retournée avec les documents demandés ainsi que la fiche sanitaire et signalétique.

A ....., le .....  
Signature du/des responsable(s) légal(ux),