

ENFANT DE MOINS DE 6 ANS AU 09.07.18 OUI - NON (1)

NOM et Prénom de l'enfant

Date et lieu de naissance :

RESPONSABLE LEGAL : NOM - Prénom.....

Adresse :**COMMUNE** :

Téléphone**Portable**

Adresse mail

Profession du chef de famille :**Employeur** :

SECURITE SOCIALE Régime général : OUI - NON N° :

ou

AUTRE REGIME : préciser : N°.....

ALLOCATIONS FAMILIALES - Caisse de

N° ALLOCATAIRE COMPLET : **Q.F.** :

(Joindre un justificatif C.A.F. – en cas d'absence de justificatif, le tarif le plus élevé sera appliqué)

TARIF APPLIQUE : (cocher celui qui vous correspond)

- Q.F. ≤ 800 : 95 € la semaine de 5 jours
- Q.F. : de 801 à 1000 € : 100 € la semaine de 5 jours
- Q.F. ≥ 1001 € : 105 € la semaine de 5 jours

INSCRIPTIONS

cocher la ou les semaine(s) choisie(s)

- 1ère semaine : du Lundi 09 Juillet au Vendredi 13 Juillet
- 2ème semaine : du Lundi 16 Juillet au Vendredi 20 Juillet
- 3ème semaine : du Lundi 23 Juillet au Vendredi 27 Juillet
- 4ème semaine : du Lundi 30 Juillet au Vendredi 03 Août

BONS DE VACANCES

C.A.F. : OUI - NON (1)

M.S.A. : OUI - NON (1)

Montant journalier.....

CARTE D'ADHERENT FAMILLES RURALES 2018 (OBLIGATOIRE si vous ne la possédez pas) : 22 €

REGLEMENT :

MONTANT DU : **Règlement par** : (1).

- . chèque bancaire
- . espèces
- . chèques vacances

(1) Rayer la mention inutile

AUTORISATION POUR REPRODUIRE OU DIFFUSER DES PHOTOS

Je soussigné,responsable légal du jeune.....
donne à l'association FAMILLES RURALES l'autorisation de reproduire et diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées de mon enfant.
Les éventuels commentaires et légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne devront pas porter atteinte à sa vie privée.

DECHARGE

Je soussigné, NOM, Prénom Responsable légal
de l'enfant

Autorise les responsables du C.L.S.H à présenter mon enfant à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, je souhaite la consultation du Docteur (Nom, adresse, téléphone)

.....
ou l'hospitalisation à : (précisez)
.....

J'AUTORISE MON ENFANT (1) : Rayer la mention inutile

- . à participer aux activités organisées par l'association, transport compris
- . à voyager par moyen de transport collectif
- . à se baigner*
 - Mon enfant sait nager
 - Mon enfant ne sait pas nager

- *Seuls peuvent se baigner les enfants vaccinés contre la polio*

OBSERVATIONS OU RECOMMANDATIONS PARTICULIERES DES PARENTS (maladie, allergies,...)

PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE

.....
.....
.....
J'atteste également que mon enfant est garanti par une assurance accident (responsabilité civile et individuelle)

SORTIE DES ENFANTS : Personnes autorisées à venir chercher mon enfant

(mettre par ligne : Nom-prénom, qualité, téléphone)

.....
.....
.....
ENFANT DE FRANGY SORTANT SEUL : une décharge est remise à la direction du C.L.S.H. en début de centre.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur
A le
Signature du responsable légal