

Nom du responsable de l'enfant Prénom  Domicile.....  Travail.....

Adresse complète

Profession Adresse email :

Nom de votre caisse d'allocations et N° allocataire (**OBLIGATOIRE**) :

Nom et Prénom de l'enfant	Date de Naissance	Régime alimentaire particulier ou allergie	PERIODE D'INSCRIPTION		
			10 au 14 juillet	17 au 21 juillet	24 au 28 juillet

A u t o r i s a t i o n

Je soussigné(e) autorise le Responsable du Centre de Loisirs à présenter mon (mes) enfant(s) au médecin en cas de soins à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.

Si cela est possible, je souhaite la consultation du Docteur (nom et n° de Téléphone) ou l'hospitalisation..... (hôpital ou clinique à préciser)

Autorisations : baignade sous surveillance OUI NON

Prise en photo de mon enfant pour les besoins du centre ... OUI NON

J'autorise l'Association Familles Rurales à faire transporter mon (mes) enfant(s) pour les besoins des activités du Centre ((cochez la (les) case(s) de votre choix) : Par les responsables de l'association Par d'autres familles utilisatrices du Centre Par des moyens collectifs (car ...)

Je soussigné avoir pris connaissance du règlement et l'accepter. Fait à, le Signature

MODE DE PAIEMENT POUR LE CENTRE DE LOISIRS :

- Espèce Chèques (nom de la banque) : Chèques vacances (ANCV)
 C.E.SU. Bons Temps libre Autres (à préciser) :

1^{er} versement : 2^e versement : 3^e versement :

Facture (préciser le nom) :

Documents à fournir pour toute inscription :

- Fiche sanitaire remplie pour chaque enfant
- Attestation d'assurance