

**FICHE D’INSCRIPTION**

**ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT (ALSH)**

**Le centre est fermé du 27/12/2021 au 31/12/2021 inclus.**

**Réouverture le 03/01/2021 au matin.**

**Le 24/12 le centre fermera ses portes à 13h.**

**ATTENTION** : ***Période d’inscription jusqu’au 10/12/2021***

Les inscriptions tardives (au-delà du 10/12/2021) ne seront prises en compte qu’en fonction des places disponibles.

A retourner complétée au centre de loisirs.

**La mairie se réserve le droit de fermer le centre si trop peu d’enfants sont inscrits.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ENFANT** **NOM :**  | **P****Prénom :**  | **Date de naissance : ..../…./…...** | **Ecole :**  | **Classe :**  |

**Responsables de l’enfant**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERE****NOM :**  | **P****Prénom :**  | **Adresse :**  | **:** **.pers. :** **.prof. :**  | **Email :**  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MERE****NOM :**  | **P****Prénom :**  | **Adresse :**  | **:** **.pers. :** **.prof.:**  | **Email :**  |

**Semaine : du 20/12/2021 au 24/12/2021**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CENTRE DE LOISIRS - Vacances Scolaires** | **Lundi 20** | **Mardi 21** | **Mercredi 22** | **Jeudi 23** | **Vendredi 24** |  |
| Semaine Forfait |  |  |  |  |  |  |
| Journée complète avec repas et goûter |  |  |  |  |  |  |
| ½ journée avec repas (Matin) |  |  |  |  |  |  |
| ½ journée avec repas (Après-midi) |  |  |  |  | aaaaaaa |  |
| ½ journée sans repas (matin) |  |  |  |  |  |  |
| ½ journée sans repas avec goûter (après-midi) |  |  |  |  | aaaaaa |  |

**Pour toute nouvelle inscription, merci de remplir cette page :**

**Pièces à fournir :**

- Une photo d’identité

- Photocopie du carnet de vaccination

**Renseignements sanitaires :**

**Votre enfant rencontre-t-il des problèmes de santé particuliers ?**

(Allergies, traitements en cours, contre-indications...)

**PAI (allergies, asthmes, maladie chronique) :**  **oui**   **non**

**Date du dernier vaccin de DTPolio :**

**Nom et numéro de téléphone du médecin traitant :**

**Nom, Adresse et n° de contrat de Responsabilité Civile**

**Personne à prévenir en cas d’urgence :**

***Toute personne venant chercher l’enfant doit avoir une autorisation parentale.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM :**  | **P****Prénom :**  | **Adresse :**  | **:** **.pers. :** **.prof. :**  | **Email :**  |
| **NOM :**  | **P****Prénom :**  | **Adresse :**  | **:** **.pers. :** **.prof.:**  | **Email :**  |

**Autorisations : *(cocher les cases utiles)***

 **J’autorise**  **Je n’autorise pas mon enfant à quitter seul l’établissement *(pour les élémentaires)***

 **J’autorise**  **Je n’autorise pas les prises de photos.**

**Je soussigné, responsable légal de l’enfant NOM  Prénom , déclare exact l’ensemble des renseignements portés sur cette fiche, déclare respecter le règlement intérieur et autorise l’équipe pédagogique à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l’état de l’enfant.**

**A Auffargis, le............................................................ Signature (obligatoire) :**