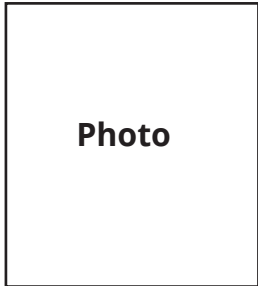




INSCRIPTION ALSH été 2019 Intercommunal SAULT



Renseignements concernant l'ENFANT

Nom : _____

Prénom : _____ Sexe : F M

Adresse : _____

Date de Naissance : --/--/-- à : Classe :

Numéro d'allocataire CAF ou MSA (obligatoire) :

Régime de Sécurité Sociale du responsable légal qui couvre l'enfant :

Régime Général MSA Autres

INSCRIPTIONS SOUHAITÉES validées le jour de l'inscription sous réserve des places disponibles

Lundi 08/07	Mardi 09/07	Mercredi 10/07	Jeudi 11/07	Vendredi 12/07
Lundi 15/07	Mardi 16/07	Mercredi 17/07	Jeudi 18/07	Vendredi 19/07
Lundi 22/07	Mardi 23/07	Mercredi 24/07	Jeudi 25/07	Vendredi 26/07
Lundi 29/07	Mardi 30/07	Mercredi 31/07	Jeudi 01/08	Vendredi 02/08
Lundi 05/08	Mardi 06/08	Mercredi 07/08	Jeudi 08/08	Vendredi 09/08

Séjour
 Centre de loisirs

Le calcul du coût de l'activité est en fonction de votre quotient familial.

La carte temps libre et les chèques vacances A.N.C.V sont acceptés.

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT

PÈRE

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone domicile : --/--/--/--

Portable : --/--/--/--

Courriel :

Téléphone professionnel : --/--/--/--

MÈRE

Nom/Prénom : _____

Adresse : _____

Téléphone domicile : --/--/--/--

Portable : --/--/--/--

Courriel :

Téléphone professionnel : --/--/--/--

Situation familiale des parents : marié concubin célibataire divorcé séparé veuf

Préciser à qui doit-être adressée la facture : _____



AUTORISATIONS PARENTALES

- J'autorise la Direction du centre à administrer à mon enfant les soins médicaux et chirurgicaux nécessaires et m'engage à rembourser sur présentation des justificatifs, les frais engagés par le centre.
- J'autorise la participation de mon enfant et son transport aux activités de l'ALSH sous les conditions fixées par l'autorité organisatrice.

Autorisation de droit à l'image : j'autorise Je n'autorise pas

à _____, le _____

Signature des responsables légaux :

Nom des personnes majeures autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom/Prénom : _____ tél. : _____

Nom/Prénom : _____ tél. : _____

Nom/Prénom : _____ tél. : _____

Personne à prévenir en cas d'accident *** :**

Nom/Prénom : _____ tél. : _____

PIECES OBLIGATOIRES À JOINDRE A LA FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Tout dossier incomplet ne sera pas accepté

- Attestation d'assurance (Responsabilité Civile Individuelle Accident).
- Attestation de quotient familial CAF ou MSA
- Photocopie des pages de vaccination du carnet de santé.
- Fiche sanitaire complète.
- 1 photo (format identité)
- Copie du jugement de divorce, si parents séparés
- Acceptation signée du règlement de fonctionnement.

**Pour tout renseignement, contacter le service Enfance/Jeunesse Ventoux
Sud Tél : 04.90.64.04.68 | alshsault@ccvs84.fr**

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données n° 2016/679 du 27 avril 2016 et sous réserve d'en faire la demande expresse vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles, ainsi que d'un droit d'opposition et d'un droit à l'effacement des données personnelles vous concernant, que vous pouvez exercer en écrivant par mail à enfancejeunesse@ccvs84.fr ou par courrier à Monsieur le Président - CCVS - Quartier Mougne - 84390 SAULT et en joignant copie de votre pièce d'identité.