

FICHE D'INSCRIPTION
ACCUEIL EXTRASCOLAIRE – JUILLET 2021

Photo
récente
de
l'enfant

ACCUEILS

Secteur Marigot

Secteur Quartier d'Orléans

Maternelle

Evelina HALLEY

Jean ANSELME

Elémentaire

Emile CHOISY

Clair ST-MAXIMIN

Mini Séjour (Marigot)

Week-end 1

Week-end 2

Week-end 3

1/ ENFANT

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Fille

Garçon

Formules	Tarifs
1 mois	<input type="checkbox"/> 100 €
1 mois + 1 week-end	<input type="checkbox"/> 150 €
2 semaines + 1 week-end	<input type="checkbox"/> 80 €
1 week-end	<input type="checkbox"/> 60 €

2 / RESPONSABLES DE L'ENFANT

Nom et prénom de la mère :

Adresse :

☎ Domicile : Portable : Professionnel :

Nom et prénom du père :

Adresse :

☎ Domicile : Portable : Professionnel :

Adresse mail :

Situation de Famille :

Marié(e)

Séparé(e)

Divorcé(e)

Vie Maritale

Célibataire

N° de Sécurité Sociale du responsable :

Nom de la compagnie d'assurance et n° du contrat de l'enfant (responsabilité civile) :

Nom du médecin traitant: N° tél. :

Tout changement de situation portant modification des renseignements ci-dessus devra être signalé au service péri et extrascolaire au minimum 5 jours avant la date effective du changement.

AUTORISATIONS

Je soussigné(e), monsieur et/ou madame.....
père/mère/tuteur de l'enfant :.....

autorise le personnel des activités extrascolaires à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant en cas d'accident ou maladie aiguë : appel des pompiers, du SAMU, hospitalisation aux services des urgences de l'hôpital Louis Constant Fleming.

J'accepte

Je n'accepte pas

En cas d'urgence, prévenir en priorité :

Nom et prénom, téléphone

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER

Au cours des activités à être photographié ou filmé dans le cadre des activités extrascolaires. Toutes précautions seront prises afin d'éviter que ces clichés soient utilisés à des fins frauduleuses. En cas de refus de votre part, votre enfant ne sera pas photographié et sera placé hors champ de l'objectif.

J'accepte

Je n'accepte pas

AUTORISATION

Détenteur (trice) de l'autorité parentale et de la garde certifie que mon enfant peut être confié aux personnes suivantes en cas d'empêchement de ma part et décharge la CTOS de tout incident (une pièce d'identité sera exigée) :

J'accepte

Je n'accepte pas

Nom et prénom :

☐Domicile:.....☐Portable :.....

Nom et prénom :

☐Domicile:.....☐Portable :.....

Nom et prénom :.....

☐Domicile:.....☐Portable :.....

AUTORISATION

A rentrer seul après les activités extrascolaires,

À partir de.....heures du.....au.....

ainsi je reconnais avoir été informé(e) que mon enfant sera sous mon entière responsabilité et que la CTOS déclinera toute responsabilité.

J'accepte

Je n'accepte pas

Date et signature :