



A.L.S.H. BUSIGNY

Accueil de Loisirs Sans Hébergement

Fiche d'inscription octobre 2023



Je soussigné

Demeurant à :n°..... Rue.....

Tél : N° allocataire :Caisse :

Déclare exercer mon autorité parentale ou une autorité de tutelle sur les enfants dont les noms suivent et sollicite leur inscription à l'ALSH pour la période du 23 au 27 octobre 2023 de 9h à 17h.

Les enfants ne pourront sortir avant 17h que sur autorisation parentale.

	Nom, prénom et date de naissance de chaque enfant	1ère semaine
* ☐	 né(e) le.....	☐
* ☐	 né(e) le.....	☐
* ☐	 né(e) le.....	☐
* ☐	 né(e) le.....	☐
* ☐	 né(e) le.....	☐



* Cocher

**Pour autoriser l'enfant
à repartir seul dès 17h**

TARIFICATION A LA SEMAINE POUR UN ENFANT

	COMMUNE	HORS COMMUNE
QF de 0 à 369	10,00 €	10,00 €
QF de 370 à 499	18,00 €	18,00 €
QF de 500 à 700	24,00 €	24,00 €
QF de 701 à 900	26,00 €	35,00 €
QF de 901 à 1100	28,00 €	40,00 €
QF de 1101 et plus	30,00 €	45,00 €

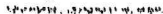
QUOTIENT FAMILIAL QF	TARIF POUR UNE SEMAINE	SOMME A ENCAISSER
.....		€

Le prix comprend l'inscription et les repas.

Busigny, le.....

Aucun remboursement ne sera effectué pour maladie, seule l'hospitalisation de l'enfant donne droit à remboursement. (à partir de la date d'hospitalisation)

Signature :



GARCON ☐ FILLE ☐

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...
PRÉCISEZ.

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

*Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare
exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant,
toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de
l'enfant.*

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

OBSERVATIONS