

Représentant 2

NOM _____	Prénom _____
Adresse _____	
(domicile)/...../...../...../..... o Représentant légal	(portable)/...../...../...../.....
Profession _____	
Employeur _____	
(Professionnel)/...../...../...../.....	

Représentant 1

NOM _____	Prénom _____
Adresse _____	
(domicile)/...../...../...../..... o Représentant légal	(portable)/...../...../...../.....
Profession _____	
Employeur _____	
(Professionnel)/...../...../...../.....	

N° allocataire CAF _____

École de secteur : _____

Demande de dérogation vers : _____

Restauration scolaire

Forfait 4 jours

Régulier jour jours jours

préciser les jours

lundi mardi jeudi vendredi

Prélèvement automatique (restauration uniquement)

Pour une première demande, une autorisation de prélèvement vous sera adressée par courrier.

Pour une modification de compte bancaire, informer le service (02 47 44 56 15)

Suivi médical

Allergie(s)

Certificat médical du/...../.....

PAI date :/...../.....

Habitude alimentaire
sans porc

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom et Prénom

Qualité

Numéro de téléphone

Je soussigné(e), _____ Père-Mère- Tuteur légal- responsable de l'enfant sus nommé certifie exactes, les informations renseignées ci-dessus.

Le ___/___/___

Signature

Séjours courts Centre de vacances de Châtelus-le-Marcheix

➤ Indiquez le(s) séjour(s) souhaité(s) par ordre de préférence :

Un second séjour pourra être proposé en fonction du nombre d'inscription et des possibilités d'accueil. La priorité sera donnée aux enfants qui ne sont pas partis.

Séjours	Dates	1 ^{er} séjour	2e séjour
N°1	Du lundi 9 au vendredi 13 juillet		
N°2	Du lundi 16 au vendredi 20 juillet		
N°3	Du lundi 23 au vendredi 27 juillet		
N°4	Du lundi 30 au vendredi 03 août		
N°5	Du lundi 06 au vendredi 10 août		
N°6	Du lundi 13 au vendredi 17 août		

Au maximum, 20 enfants seront retenus sur chaque séjour dans le respect de la mixité filles/garçons, et des classes d'âge.

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

VACCINS	DATES
BCG	
DTP	
Coqueluche	
Hépatite B	
Rubéoles-Oreillons-Rougeole	
Pneumocoque	
Méningocoque C	
Autre(s)	

Indiquez ci-après les difficultés de santé et précisez les précautions à prendre (maladies, accidents, opérations, hospitalisations, ... en cas de traitement durant le séjour : joindre l'ordonnance et les médicaments correspondants)

Recommandations utiles des parents (port de lentilles, lunettes, prothèses auditives, dentaires ...)

Renseignements complémentaires

Adresse électronique _____ @ _____

N° de Sécurité Sociale ou CMU _____ Mutuelle _____

Assurance extrascolaire _____

Nom du médecin traitant _____ Tél. ___/___/___/___/___

Bon Vacances VACAF 12 € 10 €

Je soussigné(e), _____ Père – Mère – Tuteur légal – responsable de l'enfant sus nommé certifie exactes, les informations renseignées ci-dessus

autorise le (la) directeur (trice) du centre à faire soigner, hospitaliser ou prendre les mesures nécessaires en cas d'urgence

n'autorise pas la prise de photos et de vidéos, à des fins d'illustration des activités de l'été, par le service Enfance.

Je m'engage à payer la part des frais d'accueil incombant à la famille et les frais médicaux le cas échéant et je prends note qu'en cas d'annulation l'acompte versé ne sera pas remboursé

En cas de divorce ou de séparation, le droit de visite au centre est-il accordé à l'autre parent

Oui Non (fournir le jugement refusant ce droit)

Le ___/___/___ Signature

➤ Dossier à déposer auprès du Service Enfance au plus tard le **Vendredi 15 juin 2018**