Accueil de Loisirs AFMV /ALEF Eté 2025

● Informations tuteur légal (PARENT 1)

NOM : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone portable : Fixe :
 Courriel: (EN MAJUSCULES).....@

(PARENT 2)

NOM : Prénom :

● Personnes supplémentaires autorisées à chercher l'enfant:

NOM : Prénom :

● Personnes supplémentaires autorisées à chercher l'enfant:

NOM : Prénom :

● Enfants : cocher les cases des semaines correspondantes

Cocher si besoin, **PM** : permanence du matin et **PS** : permanence du soir

NOM: Prénom:
 Date de Naissance : Niveau de Classe Année 2024/2025:

Semaine 1 07 au 11/07		Semaine 2 15 au 18/07		Semaine 3 21 au 25/07		Semaine 4 28/07 au 01/08	
PM	PS	PM	PS	PM	PS	PM	PS
....€		€		 €		 €	

NOM: Prénom:
 Date de Naissance : Niveau de Classe Année 2024/2025:

Semaine 1 07 au 11/07		Semaine 2 15 au 18/07		Semaine 3 21 au 25/07		Semaine 4 29/07 au 01/08	
PM	PS	PM	PS	PM	PS	PM	PS
....€		€		 €		 €	

NOM: Prénom:
 Date de Naissance: Niveau de Classe Année 2024/2025:

Semaine 1 07 au 11/07		Semaine 2 15 au/07		Semaine 3 21 au 25/07		Semaine 4 28/07 au 01/08	
PM	PS	PM	PS	PM	PS	PM	PS
....€		€		 €		 €	

Paiement:

Semaine 1,2,3,4: __ enfant(s) X __ semaine(s) X €	= _____ €
Permanence d'accueil : Matin __ enfant(s) X __ semaine(s) X 10€	= _____ €
Permanence d'accueil : Soir __ enfant(s) X __ semaine(s) X 5€	= _____ €
TOTAL :	= _____ €

● Informations complémentaires

Assurance scolaire :

Nom :

N° :

(Assurance extrascolaire et responsabilité civile obligatoire, Merci de joindre le document)

N° CAF (ou MSA) OBLIGATOIRE :

Même pour les familles ne bénéficiant ni d'un tarif préférentiel grâce au quotient, ni ne touchant d'allocation familiales.

- Pour recevoir une attestation de présence ou facture joindre **impérativement** une enveloppe timbrée à vos noms et adresse. **Elles seront envoyées uniquement en 1 seul exemplaire par courrier après paiement intégral** du séjour et **à la fin du mois d'août**.

- Pour bénéficier du tarif en fonction de **votre Quotient CAF**, veuillez impérativement nous fournir une attestation de votre quotient familial de **- de 3 mois**.

Signatures obligatoires:

Je soussigné,..... responsable de mon/mes enfant(s), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Signature (précédée de la date et de la mention *lu et approuvé*)

J'autorise le responsable du centre à prendre le cas échéant, toute mesure médicale (hospitalisation, intervention chirurgicale etc...) rendue nécessaire par l'état de santé de l'enfant. De plus, je certifie que mon/mes enfant(s) ont reçu les vaccins obligatoires et si ce n'est pas le cas je dégage l'**AFMV-ALEF** de toute responsabilité.

Signature (précédée de la date et de la mention *lu et approuvé*) :

J' autorise l'association l'**AFMV-ALEF** à utiliser les photos où apparaissent mon/mes enfant(s) dans le cadre des activités. l'**AFMV-ALEF** s'engage à ne pas diffuser les photos sur les réseaux sociaux.

Signature (précédée de la date et de la mention *lu et approuvé*)