



Bulletin d'inscription
ALSH d'Arts Scènes et Compagnie
« Arsène Break »
Tel : 06.11.43.56.41

Partie à remettre au bureau d'Arts Scènes et Compagnie (Saint-Céré) avant la date de l'ALSH

Je soussigné(e) Mme, M.....

Adresse :

Code Postale : Commune

Mail :@.....

Téléphone : Mobile

Souhaite inscrire mon (mes) enfant(s)

Fille/Fils.....Né(e) le.....

Fille/Fils.....Né(e) le.....

Joindre justificatif du Quotient familial et attestation d'assurance extrascolaire.

L'adhésion familiale annuelle de 17 € est nécessaire (cette adhésion est valable de date à date)..

Droit à l'image

Droit au transport

J'atteste avoir lu et accepté le règlement intérieur du séjour (le règlement est accessible sur le site web et présent sous forme papier sur les lieux).

J'atteste avoir complété et signé la fiche sanitaire de liaison obligatoire.

Date et Signature des parents :

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

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