



Centre de loisirs ESCAPADE

21/10 au 31/10

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Responsable légal

Nom* : Prénom* :

Tél mère* : Tél Père* : Tel Bureau :

Adresse* : Commune* :

Mail* :

QF* :€

Qui récupère vos enfants le soir* :

Heure d'arrivée le matin* : 7h30 8h00 8h30 9h

RAPPEL Fermeture 18h15

Heure de départ le soir* : 16h30 17h00 17h30 18h00 (Champs Obligatoire*)

ENFANT(S) A INSCRIRE

	<u>1^{er} enfant</u>	<u>2^{ème} enfant</u>	<u>3^{ème} enfant</u>
- Nom
- Prénom
- Date de naissance
- Votre enfant fait-il la sieste ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Centre de loisirs :			
Semaine 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21/10 au 25/10			
Semaine 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28/10 au 31/10	<small>(Si seulement les jours, merci de préciser lesquels)</small>	<small>(Si seulement les jours, merci de préciser lesquels)</small>	<small>(Si seulement les jours, merci de préciser lesquels)</small>

Montant détaillé :

Montant total dû : + Adhésion 12 € / enfant (si pas déjà adhérent)

Réglé par : Chèque bancaire Espèces Chèques vacances Virement FACTURE : Oui Non

Je soussigné, M - Mme - Mlle (Nom et prénom du responsable légal)

1- déclare que mon (mes) enfant(s) est (sont) en bonne santé, et couvert(s) par notre assurance responsabilité civile.

2- autorise..... à récupérer mon (mes) enfant(s) au centre, le soir, en mon absence.

3- vous accorde la permission de publier les photos et vidéos que vous avez prises de mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités du centre : OUI NON

(Signature)

A, le / / 2024