



11/17 ans

Saint Aubin des Châteaux

Vacances été 2023

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Nom : **Prénom :**
Tél mère : **Tél père :**
Tél ados : **Q.F :**€
Adresse : **Commune :**
Mail : **Médecin traitant :**

ENFANT(S) A INSCRIRE

	<u>1^{er} enfant</u>	<u>2^{ème} enfant</u>	<u>3^{ème} enfant</u>
- Nom
- Prénom
- Date de naissance
Séjour 11-13 ans (Du 24 au 28 juillet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Séjour 14 – 17 ans (Du 21 au 25 août)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEMAINE 1 (31/07 au 4/08) (3 jours minimum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....
SEMAINE 2 (07/08 au 11/08) (3 jours minimum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....
SEMAINE 3 (14/08 au 18/08) (3 jours minimum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....

INFORMATION :

Détail du montant : **Total montant dû :**€

Adhésion ARCEL (12€): OUI NON

Moyen de paiement : Espèce Chèque ANCV Virement bancaire

Deux chèques sera demandés : 1 pour l'adhésion et 1 pour le règlement des semaines

- 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- autorise mon enfant à partir seul le soir : OUI NON
- 4- 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

A, le / / 2023

Signature