



Vacances de février 2022

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Nom : Prénom :

Tél mère : Tél père :

Tél ados : Q.F :€

N°ALLOCATAIRE CAF : N°MSA :

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
Mercredi 9 Février Soirée repas + jeux en tout genre 16h/23h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi 11 Février Sortie Angers Escape-Game 9h/18h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi 16 Février Soirée crêpes + film comédie 16h/23h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi 18 Février Sortie Nantes Laser-Game 9h/18h	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMATION IMPORTANTE : LES LUNDIS / MARDIS / JEUDIS LE LOCAL SERA OUVERT EN OUVERTURE LIBRE DE 14H A 18H.

- 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 (hors veillées): OUI NON
- 4- autorise mon enfant à partir seul après les veillées finissant à 23h : OUI NON
- 5- 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 / / 2022

Signature