

**Cadre Direction (ne pas remplir)**

**Dossier enfant**

- Fiche d'adhésion 2024  
 Fiche sanitaire 2024

- Règlement  
 QF

**Administratif**

- BL  
 L

- N° chèque : .....  
 ESP : .....

# Fiche d'Inscription Vacances Juillet 2024

Période du 08/07/2024 au 02/08/2024



FAMILLES RURALES ANNEYRON

Contact : [famillesruralesanneyron@gmail.com](mailto:famillesruralesanneyron@gmail.com)

Direction : BILLE GAUTHIER Mathieu 06.62.51.55.45

**Nom et prénom de(s) enfant(s) :** ..... Date de naissance : ...../...../..... ÂGE .....

..... Date de naissance : ...../...../..... ÂGE .....

..... Date de naissance : ...../...../..... ÂGE .....

**RESPONSABLE DE L'ENFANT :** Père  Mère  Tuteur

**PERE :** Nom : ..... Prénom : ..... PORTABLE : .....

**MERE :** Nom : ..... Prénom : ..... PORTABLE : .....

Coefficient familial : ..... **Joindre une Attestation CAF (obligatoire)**

**Inscriptions :** (COCHER les cases correspondantes à vos souhaits) :

Semaine 1 Albon	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant
Lundi 8 Juillet	Inscription semaine complète (cochez la case) <input type="checkbox"/>	Inscription semaine complète (cochez la case) <input type="checkbox"/>	Inscription semaine complète (cochez la case) <input type="checkbox"/>
Mardi 9 Juillet			
Mercredi 10 Juillet			
Jeudi 11 Juillet			
Vendredi 12 Juillet			
Semaine 2 Anneyron	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant
Lundi 15 Juillet	Inscription semaine complète (cochez la case) <input type="checkbox"/>	Inscription semaine complète (cochez la case) <input type="checkbox"/>	Inscription semaine complète (cochez la case) <input type="checkbox"/>
Mardi 16 Juillet			
Mercredi 17 Juillet			
Jeudi 18 Juillet			
Vendredi 19 Juillet			
Semaine 3 Anneyron	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant
Lundi 22 Juillet	Inscription semaine complète (cochez la case) <input type="checkbox"/>	Inscription semaine complète (cochez la case) <input type="checkbox"/>	Inscription semaine complète (cochez la case) <input type="checkbox"/>
Mardi 23 Juillet			
Mercredi 24 Juillet			
Jeudi 25 Juillet			
Vendredi 28 Juillet			
Semaine 4 Anneyron	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant
Lundi 29 Juillet	Inscription semaine complète (cochez la case) <input type="checkbox"/>	Inscription semaine complète (cochez la case) <input type="checkbox"/>	Inscription semaine complète (cochez la case) <input type="checkbox"/>
Mardi 30 Juillet			
Mercredi 31 Juillet			
Jeudi 1er Août			
Vendredi 2 Août			

Habitants COMCOM	Inscription	Journée			Semaine (5 jours)		
Tarification FRATRIE (Tarif dégressif selon le Nbre d'enfants inscrit (frère & sœur uniquement))							
Quotient Familial	- 715	11 €	10,50 €	10 €	50 €	47,50 €	45 €
	715 - 800	15 €	14,50 €	14 €	70 €	67,50 €	65 €
	801 - 1000	16 €	15,50 €	15 €	75 €	72,50 €	70 €
	1001 - 1200	17 €	16,50 €	16 €	80 €	77,50 €	75 €
	+ de 1200	18 €	17,50 €	17 €	85 €	82,50 €	80 €

Habitants Hors COMCOM	Inscription	Journée			Semaine (5 jours)		
Tarification FRATRIE (Tarif dégressif selon le Nbre d'enfants inscrit (frère & sœur uniquement))							
Quotient Familial	- 715	13 €	12,50 €	12 €	60 €	57,50 €	55 €
	715 - 800	17 €	16,50 €	16 €	80 €	77,50 €	75 €
	801 - 1000	18 €	17,50 €	17 €	85 €	82,50 €	80 €
	1001 - 1200	19 €	18,50 €	18 €	90 €	87,50 €	85 €
	+ de 1200	20 €	19,50 €	19 €	95 €	92,50 €	90 €

**Fonctionnement du Centre**

L'inscription ne sera prise en compte qu'à la réception de la fiche d'inscription et du **REGLEMENT**

Aucun enfant ne sera accepté sans cela  
 Merci de votre compréhension

Juliet 2024	Nbre/jours	Prix UT	Total
Semaine 5J		€	€
Journée(s)		€	€
<b>TOTAL GENERAL</b>			€

Pour toute inscription à une sortie, il faut s'inscrire obligatoirement à une autre journée de la même semaine.

**Autorisation parentale et signature obligatoire au verso**



# Autorisation parentale

Je soussigné(e) ..... autorise le personnel du centre à faire soigner mon enfant par un médecin et à faire pratiquer sur lui les interventions d'urgence, éventuellement sous anesthésie générale, suivant les prescriptions du corps médical.

- Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

- J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités et sorties organisées par l'association dans le cadre du centre de loisirs dans et hors la commune. OUI - NON

- J'autorise également l'Association à faire transporter mon (mes) enfant(s) pour les besoins des activités du centre par des transports collectifs. OUI - NON

- J'autorise l'utilisation de photo de mon enfant pour d'éventuelles activités et publication. (Page FACEBOOK, Bulletins Municipales, Articles journal ...) OUI - NON

- Si une autre personne devait raccompagner l'enfant, je m'engage à faire connaître son identité au personnel du centre de loisirs.

- Je certifie avoir pris connaissance, du fait que l'association m'encourage à souscrire à une assurance pour mon (mes enfants).

- Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur et de l'avoir signé.

**RAPPEL HORAIRES :**  
Journée d'accueil : 7h30-18h15  
Accueil du matin : 7h30-9h  
Accueil du soir : 16h30-18h15

<b>Personnes à prévenir en cas d'accident si responsables injoignables (noms + téléphone)</b>	<b>Personnes habilitées à récupérer l'enfant</b>
Nom/Prénom : Liens de parenté : Téléphone :	Nom/Prénom : Liens de parenté : Téléphone :
Nom/Prénom : Liens de parenté : Téléphone :	Nom/Prénom : Liens de parenté : Téléphone :

Date : ...../...../ 2024

Signature « Lu et Approuvé »