

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 Août 2024

Période du 05/08/2024 au 30/08/2024



FAMILLES RURALES ANNEYRON

Contact : 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 5 <small>Andance</small>	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant
Lundi 5 Août	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 6 Août			
Mercredi 7 Août			
Jeudi 8 Août			
Vendredi 9 Août			
Semaine 6* <small>Andance</small>	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant
Lundi 12 Août	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 13 Août			
Mercredi 14 Août			
Jeudi 15 Août			
Vendredi 16 Août			
Semaine 7 <small>Anneyron</small>	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant
Lundi 19 Août	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 20 Août			
Mercredi 21 Août			
Jeudi 22 Août			
Vendredi 23 Août			
Semaine 8 <small>Anneyron</small>	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant	Prénom de votre enfant
Lundi 26 Août	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 27 Août			
Mercredi 28 Août			
Jeudi 29 Août			
Vendredi 30 Août			

Habitants COMCOM	Inscription	Journée			Semaine (5 jours)			Semaine 4 jours*		
Tarification FRATRIE (Tarif dégressif selon le nombre d'enfants inscrit (frère & sœur uniquement))										
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
Quotient Familial	- 715	11 €	10,50 €	10 €	50 €	47,50 €	45 €	40 €	38 €	36 €
	715 - 800	15 €	14,50 €	14 €	70 €	67,50 €	65 €	56 €	54 €	52 €
	801 - 1000	16 €	15,50 €	15 €	75 €	72,50 €	70 €	60 €	58 €	56 €
	1001 - 1200	17 €	16,50 €	16 €	80 €	77,50 €	75 €	64 €	62 €	60 €
	+ de 1200	18 €	17,50 €	17 €	85 €	82,50 €	80 €	68 €	66 €	64 €

Habitants COMCOM	Inscription	Journée			Semaine (5 jours)			Semaine 4 jours*		
Tarification FRATRIE (Tarif dégressif selon le nombre d'enfants inscrit (frère & sœur uniquement))										
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
Quotient Familial	- 715	13 €	12,50 €	12 €	60 €	57,50 €	55 €	48 €	46 €	44 €
	715 - 800	17 €	16,50 €	16 €	80 €	77,50 €	75 €	64 €	62 €	60 €
	801 - 1000	18 €	17,50 €	17 €	85 €	82,50 €	80 €	68 €	66 €	64 €
	1001 - 1200	19 €	18,50 €	18 €	90 €	87,50 €	85 €	72 €	70 €	68 €
	+ de 1200	20 €	19,50 €	19 €	95 €	92,50 €	90 €	76 €	74 €	72 €

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

Août 2024	Nbre/jours	Prix UT	Total
Semaine 5J		€	€
Semaine 4J		€	€
Journée(s)		€	€
TOTAL GENERAL			€

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

Personnes à prévenir en cas d'accident si responsables injoignables (noms + téléphone)	Personnes habilitées à récupérer l'enfant
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 »