

BULLETIN d'INSCRIPTION 2009/2010

--	--

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

Vaccin antitétanique Type date

Allergie connue : Sait nager : oui non

SEMAINE DE FONCTIONNEMENT

Février

- sem 07
 sem 08

Pâques

- sem 15
 sem 16

Juillet

- sem 27
 sem 28 (4 J)
 sem 29
 sem 30

Août

- sem 31
 sem 32
 sem 33
 sem 34

Toussaint 2009

- sem 44
 sem 45

Toussaint 2010

- sem 43
 sem 44

mon enfant fera les trajets

en voiture
en minibus

matin
 matin

soir
 soir

si minibus, arrêt souhaité : Qui vient chercher l'enfant :

Responsable(s) de l'enfant :

NOM : PRENOM(s) :

Adresse :

Code postal : VILLE : Tél.domicile :

Tél.professionnel : père mère

Portable : père mère

Assurance N° Sécurité Sociale : Complémentaire

C.A.F. N° Allocation familiale : Régime général : oui non

Déclaration du Responsable de l'enfant :

Je soussigné(e) Qualité père mère autre

- autorise mon enfant à participer à toutes les activités du Centre Aéré
- autorise le Directeur à faire pratiquer, en cas d'urgence, les soins médicaux prescrits

A Publier, le **Signature** : (précédée de la mention « lu et approuvé »)

REGLEMENT

NOM :

Prénom :

NOM du PAYEUR (si différent de celui de l'enfant) :

	N° de reçu	Dates	Montant	Mode	B.V nombre	Valeur
FI						
S 44						
S 45						
S 07						
S 08						
S 15						
S 16						
S 27						
S 28						
S 29						
S 30						
S 31						
S 32						
S 33						
S 34						
S 43						
S 44						