



Mairie de DENNEY  
(90160)  
1 Place Ivan Damidaux  
mairie@denney.fr  
Tél 03.84.29.82.04  
Centre de Loisirs  
03.84.29.89.89

**Bulletin d'inscription  
ALSH FEVRIER  
(enfants de 3 à 12 ans)**

du **15 février au 19 février 2016**



Date limite des inscriptions : 29 janvier 2016 (1fiche par enfant)

Madame, Monsieur : .....

Adresse .....

N° de téléphone .....

**inscrit mon enfant à l'ALSH**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance** .....

- **L'AUTORISE** à participer à toutes les activités  OUI  NON
- **L'AUTORISE** à utiliser les moyens de transport mis à disposition  OUI  NON
- **L'AUTORISE** à partir seul de l'Accueil de Loisirs  OUI  NON

Si oui, j'ai bien pris note qu'une fois en dehors du centre, mon enfant n'est plus sous la responsabilité de la direction de l'ALSH.

- **AUTORISE** une autre personne à venir chercher mon enfant  OUI  NON

Si oui, NOM(S) PRENOM(S) Tél :  
.....  
.....

- **AUTORISE** la direction à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgences médicales et d'hospitalisation  OUI  NON
- **AUTORISE** la publication des clichés photos de mon enfant pour l'utilisation promotionnelle du centre (presse, site, bulletin ....)  OUI  NON

**Si votre enfant n'est pas inscrit aux services périscolaires, remplir également une fiche sanitaire disponible en mairie ou au centre.**

**Personne (s) à prévenir en cas d'accident** (Nom, prénom, adresse, tél) :

.....  
.....

**Les bons vacances ou C.E. sont à fournir obligatoirement à l'inscription**

	Père	Mère
Employeur		
Régime CAF		
N° d'allocataire		
Autre Régime		

**Horaires :**

**Accueil des enfants : De 8h00 à 8h30**

**Fin de journée, prise en charge par les parents : De 17h00 à 17h30**

**Règlement intérieur :**

En application du règlement du centre de loisirs, les enfants dont les familles n'auraient pas procédé à l'inscription ne seront pas accueillis.

Aucun motif d'absence ne sera pris en compte pour la facturation, sauf sur présentation d'un justificatif (notamment médical) dans les 2 jours suivants son émission.

**Les inscriptions devront être déposées ou adressées à la mairie** (heures d'ouverture de la mairie ou mail «mairie@denney.fr»)

Aucune inscription ne pourra se faire par téléphone.

**Les places sont limitées - les inscriptions se feront par ordre d'arrivée.**

J'atteste l'exactitude des renseignements portés sur ce bulletin .

Fait à ..... le .....

Signature du responsable de l'enfant

***Les inscriptions se font uniquement à la journée avec repas***

**Cocher les jours retenus**

Lundi 15 févr.	Mardi 16 févr.	Mercredi 17 févr.	Jeudi 18 févr.	Vendredi 19 févr.

**Tarifs à la journée avec repas selon le coefficient familial :**

Coefficient F.	1 <sup>er</sup> enfant	2 <sup>ème</sup> enfant	3 <sup>ème</sup> enfant et +
0 à 680	11.40 €	10.35 €	9.30 €
681 à 900	12.45 €	11.40 €	10.35 €
901 à 1 300	13.50 €	12.45 €	11.40 €
Plus de 1 300 *	14.55 €	13.55 €	12.45 €

\*ou extérieur au RPI



Participation de la Caisse d'Allocations Familiales de BELFORT au fonctionnement du Centre



Mairie de DENNEY  
(90160)

1 Place Ivan Damidaux  
mairie@denney.fr  
Tél 03.84.29.82.04  
Fax 09.85.84.76.27

ALSH FEVRIER 2016

## Fiche sanitaire de liaison

Nom et prénom : ..... Né (e) le : .....

Adresse : .....

Maladie connue : .....

Traitement en cours : .....

Allergie(s) connue(s) : .....

Antécédents médicaux : .....

Médecin traitant : .....

Régime alimentaire particulier : .....

Votre enfant est-il à jour de ses vaccins ?

Merci de signaler tout changement intervenant en cours d'année à la mairie.

Nom et prénom du père.....

Employeur:.....

Tél. Professionnel.....

Tél. Portable.....

Tél. domicile.....

Nom et prénom de la mère.....

Employeur : .....

Tél. Professionnel.....

Tél. Portable.....

Tél. domicile

Nom et prénom du représentant légal.....

Employeur : .....

Tél. Professionnel.....

Tél. Portable.....

Tél. domicile.....

Autorise le personnel en charge de l'enfant à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence (Sapeurs-pompiers, SAMU) et à faire transporter notre enfant au centre hospitalier BELFORT MONTBELIARD.

Personnes à joindre en cas d'accident :

Nom	Prénom	Téléphone

A ..... Le | | | | | | | | | |

Signature des parents ou du représentant légal :