

PARTICIPATION FINANCIÈRE (valable jusqu'au 31 janvier 2009)

2008- 2009

DEMI-JOURNÉE.....	04.00 €
DEMI-JOURNÉE + REPAS.....	07.30 €
JOURNÉE.....	08.00 €
JOURNÉE + REPAS.....	11.30 €

* - 10 % sur le 2e enfant, -20% sur le 3e et -30% sur le 4e.

* Un supplément de **0.45 €** par demi-journée est demandé aux familles résidant hors communes de Pont de l'Arn et du Bout du Pont de l'Arn.

LES PAIEMENTS :

- Pour les mercredis il se fait en fin de mois sur réception de facture.

- Pour les vacances scolaires, le paiement des demi-journées ou des journées se fera à la réservation au bureau de la responsable (le chèque sera débité qu'en fin de mois avec des ajustements si nécessaire).

Pour les aides éventuelles (CAF, MSA, Comité d'Entreprise, et autres) veuillez vous renseigner au centre de loisirs et auprès des organismes concernés.

Veillez cocher la ou les cases correspondant à vos aides :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> carte loisirs – CAF | <input type="checkbox"/> Pass CLSH – MSA |
| <input type="checkbox"/> CE VALEO | <input type="checkbox"/> aucune aide |

ADHÉSION

3 enveloppes timbrées et 16.00 € d'adhésion pour l'année de septembre à août par famille (dégressive selon la date d'inscription) .

FICHE D'INSCRIPTION DU CENTRE D'ACCUEIL INTERCOMMUNAL " LES GALOPINS "

NOM :

PRÉNOM :

Né (e) le :

Adresse :

.....

Ou est-il (elle) scolarisé (e) ? :

Pour les 3/5 ans, l'enfant doit -il faire la sieste? :

Liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

-
-

NUMÉROS OBLIGATOIRES

- Domicile :
- Travail mère :
- Travail père :
- Tierce personne :
- Adresse E.Mail (facultatif) :
- Portables :

RESPONSABLES DE L'ENFANT

Mère (ou responsable légal) :

Nom
Prénom
Adresse

Profession, et adresse de l'employeur

NUMERO ALLOCATAIRE :

Père (ou responsable légal) :

Nom
Prénom
Adresse (si différente de la première)

Profession, et adresse de l'employeur

FURNIR LA PHOTOCOPIE DE L'AVIS D'IMPOSITION

MÉDECIN TRAITANT

Nom : **Prénom :**

Numéro de téléphone :

.....

Adresse :

.....

.....

AUTORISATION DE SORTIES

Je soussigné (e).....

autorise mon enfant.....

à participer aux sorties (promenades, pique-nique, jeux, etc...) organisées par le centre d'accueil intercommunal "Les Galopins".

signature des parents (ou responsable légal) :

Père :

Mère :

AUTORISATION DE SOINS. POUVOIR

Je soussigné (e).....

autorise le Responsable du centre intercommunal "Les Galopins" à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence et lui donne plein pouvoir au cas où une hospitalisation serait à prévoir pour mon enfant.

Nom

Prénom.....

signature des parents (ou responsable légal) :

Père :

Mère :

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIES DES JEUNES ET DIFFUSIONS

Durant les activités et sorties proposés par le centre, votre enfant serait susceptible d'être pris en photo pour agrémenter les dossiers de presse et le blog.

Je vous autorise

Je refuse

signature des parents (ou responsable légal) :

Père :

Mère :