



# INSCRIPTION ACCUEIL DE LOISIRS A.L.S.H Des **MERCREDIS 2019/2020**

Inscription à partir du **24 juin 2019** au **28 juin 2019**

**DANS LA LIMITE DES PLACES DISPONIBLES**

L'inscription ne sera validée uniquement dans les conditions suivantes :

- Envoyer par mail la Fiche d'inscription : [eej@lagaude.fr](mailto:eej@lagaude.fr) - pendant la période d'ouverture des inscriptions
- La facture sera établie à la fin de la période des Inscriptions
- Aucune Inscription ne sera prise en compte par : Courrier postal, Fax, & Téléphone

Je soussigné(e) **Nom/Prénom** ..... **Date de naissance** ...../...../.....

Souhaite l'inscription de mon (mes) enfant(s) :

Nom et Prénom du (des) enfant(s)	Âge	Maternelle	Primaire
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**1<sup>er</sup> Trimestre 2019/2020 (14 Merc.)**

**2<sup>ème</sup> Trimestre 2019/2020 (10 Mec.)**

**3<sup>ème</sup> Trimestre 2019/2020 (12 Mec.)**

SEPTEMBRE (4 Merc.)	OCTOBRE (3 Merc.)	NOVEMBRE (4 Merc.)	DECEMBRE (3 Merc.)	JANVIER (4 Merc.)	FEVRIER (2 Merc.)	MARS (4 Merc.)	AVRIL (3 Merc.)	MAI (4 Merc.)	JUIN/JUILL. (5 Merc.)
04/09/2019	02/10/2019	06/11/2019	04/12/2019	08/01/2020	05/02/2020	04/03/2020	01/04/2020	06/05/2020	03/06/2020
11/09/2019	09/10/2019	13/11/2019	11/12/2019	15/01/2020	12/02/2020	11/03/2020	08/04/2020	13/05/2020	10/06/2020
18/09/2019	16/10/2019	20/11/2019	18/12/2019	22/01/2020		18/03/2020	29/04/2020	20/05/2020	17/06/2020
25/09/2019		27/11/2019		29/01/2020		25/03/2020		27/05/2020	24/06/2020
									01/07/2020

Nom et Prénom du (des) enfant(s) ..... .....	<b>CONTRE INDICATION MEDICALES &amp; ALIMENTAIRES</b>

**Nom du médecin traitant :** ..... ☎ : .....

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH.

Je soussigné(e) ..... responsable de l'enfant ou des enfants ci-dessus cité(s), autorise la directrice à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident, faire appel aux services des pompiers et éventuellement au médecin disponible le plus proche.

Fait à .....

Signature du représentant légal

Le .....

Précédée de la mention manuscrite « **Lu et approuvé** »

# DECHARGE DE RESPONSABILITE

## ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

Je soussigné(e) .....  
 responsable légal de(s) enfant(s) :

Nom et Prénom du (des) enfant(s)	A.L.S.H	
	Maternelle	Primaire
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorise la ou les personne(s) désignée(s) ci-dessous, à venir chercher mon enfant (mes enfants) dès son (leur) départ de l'Accueil de Loisirs, et décharge la Mairie de La Gaude de toute responsabilité de prise en charge.

Nom : ..... Prénom : .....  
 ☎ Domicile : ..... ☎ Portable : .....  
 Lien avec l'enfant (les enfants): .....

Nom : ..... Prénom : .....  
 ☎ Domicile : ..... ☎ Portable : .....  
 Lien avec l'enfant (les enfants): .....

Nom : ..... Prénom : .....  
 ☎ Domicile : ..... ☎ Portable : .....  
 Lien avec l'enfant (les enfants): .....

Nom : ..... Prénom : .....  
 ☎ Domicile : ..... ☎ Portable : .....  
 Lien avec l'enfant (les enfants): .....

Les personnes habilitées à venir chercher l'enfant devront se munir d'une  
**Pièce d'Identité avec Photo.**

**Décharge valable du :** ..... **au** .....

**Ou**

**Décharge valable Année Scolaire :** ..... / .....

**Fait à** .....

**Le** .....

Signature précédée de la mention manuscrite :  
 « **Lu et approuvé** »