

**Mairie de  
Villeneuve l'Archevêque**

**FICHE D'INSCRIPTION  
Centre de loisirs  
Vacances d'hiver 2018**

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ **classe :** \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_

**Nom du Père :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_ **portable** \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
N° téléphone \_\_\_\_\_  
N° SS ou MSA : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de la Caisse d'Allocations Familiales : \_\_\_\_\_  
N° d'allocataire CAF (obligatoire) : \_\_\_\_\_

**Nom de la mère :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_ **portable** \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
N° téléphone \_\_\_\_\_  
N° SS ou MSA : \_\_\_\_\_  
Nom et adresse de la Caisse d'Allocations Familiales : \_\_\_\_\_  
N° d'allocataire CAF (obligatoire) : \_\_\_\_\_

**Assurance responsabilité civile et individuelle Accident (Nom et adresse de l'organisme et N° du contrat) joindre une attestation:**

**Où peut-on joindre les parents (préciser horaires et n° de téléphones correspondants) :**

**L'enfant fréquentera le centre de loisirs: (cocher la case correspondante)**

Tarifs par enfant	Habitants de Villeneuve l'Archevêque et communes participantes	Habitants de communes non participantes
Pour 1 enfant		
Forfait semaine <b>avec</b> restauration	65 € <input type="checkbox"/>	95 € <input type="checkbox"/>
Forfait semaine <b>sans</b> restauration	50 € <input type="checkbox"/>	80 € <input type="checkbox"/>
Pour chaque enfant, à partir de 2 enfants inscrits d'une même fratrie		
Forfait semaine <b>avec</b> restauration	55 € <input type="checkbox"/>	85 € <input type="checkbox"/>
Forfait semaine <b>sans</b> restauration	40 € <input type="checkbox"/>	70 € <input type="checkbox"/>

**Mairie de  
Villeneuve l'Archevêque**

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant :

Nom et prénom	Lien (famille, ami, voisin, ...)	téléphone	signature des parents

**FICHE MEDICALE**

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Groupe sanguin : \_\_\_\_\_

**Vaccinations (préciser la date)**

<u>DT Polio (obligatoire)</u>		<u>BCG</u>	
<u>ROR</u>		<u>Autres (préciser) :</u>	
<u>Hépatite B</u>			

L'enfant est-il sujet à des maladies particulières ? \_\_\_\_\_

Allergies (au maquillage) ? \_\_\_\_\_

Autres problèmes ? \_\_\_\_\_

**En cas d'accident, l'enfant doit-il être conduit dans un centre hospitalier ?**     oui     non

**Je soussigné, \_\_\_\_\_, représentant légal, certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'organisateur à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence médicale.**

J'accepte le règlement du centre de loisirs et valide ainsi l'inscription de mon enfant.

J'accepte que des photos de mon enfant prises dans le cadre des activités du centre de loisirs, soient publiées dans le bulletin municipal et/ou sur le site internet de la commune.

Signature :