



ACCUEIL DE LOISIRS Mercredis 2020/ 2021

ACCUEIL DE LOISIRS DE SAINT-DOLAY
6, rue des écoliers 56130 SAINT-DOLAY
Tél : 02/99/90/27/16
Portable : 06/72/77/68/55
Mail : crabillard@saintdolay.fr

Responsable légal de l'enfant

Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone(s) : Domicile : Professionnel :
Adresse Mail :
Caisse d'allocation : CAF MSA
N° d'allocataire :

(Attention ! pensez à vérifier votre quotient à l'inscription sinon la facturation sera basée sur l'ancien quotient familial)

Bénéficiez-vous des Bons Vacances ?
Oui Non

CAF : MSA :

Si oui, merci de nous fournir une copie de l'attestation CAF. MSA 56 (fournir une copie de votre Quotient Familial MSA)
Si aucun de ces renseignements ne sont transmis, le tarif maximum sera appliqué.

Garderie : Oui Non

Précisez les jours et les horaires :

.....
.....
.....

Identité de l'enfant ou du jeune : 1^{er} enfant

Nom : Prénom :
Date de naissance : Âge :

Mois (Indiquer les jours de présences de l'enfant)	Inscriptions à la journée	Inscriptions à la ½ journée avec repas		Inscriptions à la ½ journée sans repas	
		Matin	A.M	Matin	A.M

Identité de l'enfant ou du jeune : 2^{ème} enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Mois (Indiquer les jours de présences de l'enfant)	Inscriptions à la journée	Inscriptions à la ½ journée avec repas		Inscriptions à la ½ journée sans repas	
		Matin	A.M	Matin	A.M

Identité de l'enfant ou du jeune : 3^{ème} enfant

Nom : Prénom :

Date de naissance : Âge :

Semaines (Indiquer les jours de présences de l'enfant)	Inscriptions à la journée	Inscriptions à la ½ journée avec repas		Inscriptions à la ½ journée sans repas	
		Matin	A.M	Matin	A.M
Du 9 Juillet au 31 Juillet 2018					
Du 1 Août au 31 Août 2018					

Déclaration du responsable légal :

Je soussigné(e),

- Autorise la responsable à faire pratiquer les interventions nécessaires, suivant les prescriptions du médecin.
- Autorise le centre de loisirs à prendre mon/mes enfants en photos (code barre) Oui Non
- Autorise mon enfant à quitter l'accueil de loisirs, seul et par ses propres moyens Oui Non
- Autorise mon enfant à voyager en car, mini- bus et voitures particulières. Oui Non

Fait à :

Le :

Signature :

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :
(1fois dans l'année)

- Fiche sanitaire de liaison
(Copie de vaccination)
- Justificatif du quotient Familial
- Bons vacances CAF- MSA