

Cocher les jours où votre enfant viendra au centre
Vacances de Printemps AVRIL 2019 : *

Lundi	08		Lundi	15	
Mardi	09		Mardi	16	
Mercredi	10		Mercredi	17	
Jeudi	11		Jeudi	18	
vendredi	12		vendredi	19	

Vacances d'été 2019 : JUILLET *

Lundi	08		Lundi	22	
Mardi	09		Mardi	23	
Mercredi	10		Mercredi	24	
Jeudi	11		Jeudi	25	
vendredi	12		vendredi	26	
Lundi	15		Lundi	29	
Mardi	16		Mardi	30	
Mercredi	17		Mercredi	31	
Jeudi	18				
vendredi	19				

AOÛT 2019 *

Jeudi	1^{er}		Lundi	12	
Vendredi	02		Mardi	13	
Lundi	05		Mercredi	14	
Mardi	06		Jeudi	15	
Mercredi	07		Vendredi	16	
Jeudi	08				
Vendredi	09				

*Inscription 2 jours consécutifs minimum par semaine

Commune du Rayol-canadel

ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT

A.L.S.H du Rayol-Canadel

Portable : 06 33 14 00 66

FICHE INDIVIDUELLE DE RENSEIGNEMENT

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de Naissance : _____

Adresse : _____

□□□□□ Ville : _____

L'enfant vient-il pour la première fois : **OUI / NON**

L'enfant a-t-il eu des maladies graves : **OUI / NON**

Si oui, lesquelles : _____

Renseignements complémentaires que vous désirez signaler à la

Direction : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE :

Qui est responsable de l'enfant ?

Père Mère Tuteur

Nom et Prénom : _____

Profession : _____

N° Allocataire CAF : -----

Adresse : _____

Ville _____

Où téléphoner en cas d'urgence ?

- ✓ -----
- ✓ -----
- ✓ -----
- ✓ -----

Autre (s) personne(s) habilitée(s) à récupérer l'enfant au CLSH :

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

**DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL
DE L'ENFANT**

Je soussigné(e) Mme ou M :
Père, Mère, Tuteur, autorise la
direction :

A faire soigner mon enfant et à faire pratiquer d'urgence les soins d'urgence suivant les prescriptions du médecin du centre et je m'engage à payer les frais médicaux et pharmaceutiques, d'hospitalisation et d'intervention chirurgicale éventuelle.

J'autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre et je certifie qu'il ne présente aucune contre-indication à la pratique de ces activités.

Signature obligatoire

Nom du médecin habituel : _____

Adresse : _____

Téléphone _____

Ville : _____