

Cocher les jours où votre enfant viendra au centre  
**Vacances de Printemps AVRIL MAI 2021 : \***

<b>Lundi</b>	<b>26</b>		<b>Lundi</b>	<b>3</b>	
<b>Mardi</b>	<b>27</b>		<b>Mardi</b>	<b>4</b>	
<b>Mercredi</b>	<b>28</b>		<b>Mercredi</b>	<b>5</b>	
<b>Jeudi</b>	<b>29</b>		<b>Jeudi</b>	<b>6</b>	
<b>vendredi</b>	<b>30</b>		<b>vendredi</b>	<b>7</b>	

**Vacances d'été 2021 : JUILLET \***

<b>Jeudi</b>	<b>08</b>		<b>Lundi</b>	<b>26</b>	
<b>Vendredi</b>	<b>09</b>		<b>Mardi</b>	<b>27</b>	
<b>Lundi</b>	<b>12</b>		<b>Mercredi</b>	<b>28</b>	
<b>Mardi</b>	<b>13</b>		<b>Jeudi</b>	<b>29</b>	
<b>Mercredi</b>	<b>14</b>	<b>Férié</b>	<b>vendredi</b>	<b>30</b>	
<b>Jeudi</b>	<b>15</b>				
<b>Vendredi</b>	<b>16</b>				
<b>Lundi</b>	<b>19</b>				
<b>Mardi</b>	<b>20</b>				
<b>Mercredi</b>	<b>21</b>				
<b>Jeudi</b>	<b>22</b>				
<b>Vendredi</b>	<b>23</b>				

**AOÛT 2021 \***

<b>Lundi</b>	<b>02</b>		<b>Lundi</b>	<b>09</b>	
<b>Mardi</b>	<b>03</b>		<b>Mardi</b>	<b>10</b>	
<b>Mercredi</b>	<b>04</b>		<b>Mercredi</b>	<b>11</b>	
<b>Jeudi</b>	<b>05</b>		<b>Jeudi</b>	<b>12</b>	
<b>Vendredi</b>	<b>06</b>		<b>Vendredi</b>	<b>13</b>	

**\*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 : \_\_\_\_\_