

Familles Rurales Association de.....

FICHE D'INSCRIPTION	
AU CENTRE DE LOISIRS <input type="checkbox"/>	AU CAMP <input type="checkbox"/>
(accueil sans hébergement)	(accueil avec hébergement)

NOM ET PRENOM DU PERE DE FAMILLE OU DU TUTEUR LEGAL :

NOM ET PRENOM DE LA MERE DE FAMILLE :

ADRESSE DE LA FAMILLE :

N° de Téléphone : - Travail (père-mère*) : - Domicile :

PROFESSION DU CHEF DE FAMILLE N° S.S :

NOM et ADRESSE DE L'EMPLOYEUR

REGIME (1) :

REGIME GENERAL (CAF) <input type="checkbox"/>	MSA <input type="checkbox"/>	AUTRES <input type="checkbox"/>
N° Allocataire	N° Immatriculation.....	(Agents SNCF, RATP, EDF/GDF)
	Salarié <input type="checkbox"/> Non salarié <input type="checkbox"/>	

NOM ET PRENOM DES ENFANTS INSCRITS	DATE DE NAISSANCE	PERIODE D'INSCRIPTION	SEJOUR COURT
...../...../.....	Du...../..... au...../.....
...../...../.....	Du...../..... au...../.....
...../...../.....	Du...../..... au...../.....
...../...../.....	Du...../..... au...../.....

Inscription à la cantine (1): OUI NON

Inscription à la Garderie (1): OUI NON MATIN SOIR

NOM, ADRESSE, NUMERO DE TELEPHONE DU MEDECIN DE FAMILLE :

CARTE ADHERENT
N°.....
Payée le.....
Mode de règlement.....

A, le
Signature du Chef de Famille ou du Tuteur Légal

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné (e)
autorise le Responsable du Centre à présenter mon (mes) enfant(s) au médecin en cas de soins à
donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie.

Dans ce cas, je m'engage à rembourser à Familles Rurales les frais médicaux,
chirurgicaux, pharmaceutiques et les frais annexes dont l'avance aurait été faite pour mon fils, ma
fille, mes enfants (1).

Si cela est possible, je souhaite la consultation du Docteur
ou l'hospitalisation à
(hôpital ou clinique à préciser).

- J'autorise également mon (mes) enfant(s): (1)
- à participer aux activités organisées par l'association
 - à participer aux séjours courts (mini-séjours)
 - à se baigner sous surveillance

Mon (mes) enfant(s) :,, sait (savent) nager.

Mon (mes) enfant(s) :,, ne sait (savent pas nager).

(Remarque : les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite)

J'autorise l'Association Familles Rurales à faire transporter mon (mes) enfant(s) pour
les besoins des activités du centre : (1)

- par l'équipe d'encadrement
- par les responsables de l'association Familles Rurales
- par d'autres familles utilisatrices du C.L.S.H.
- par des moyens collectifs (autocar, SNCF.....)

Autres personnes (que les parents) à prévenir en cas de nécessité :

NOM : Prénom : Tél. :

NOM : Prénom : Tél. :

Sortie des enfants :

Je n'autorise mon (mes) enfant(s) à rentrer à la maison après le fonctionnement du centre, que s'il
est accompagné de ou de toute autre personne pour laquelle
je m'engage à faire connaître l'identité auparavant à l'équipe d'animation.

Autorisation de sortie en dehors des horaires du centre :

Le centre se terminant à si exceptionnellement, mon (mes) enfant(s) devait(ent)
sortir avant, je m'engage à fournir une décharge au directeur.

"Lu et Approuvé"

Le _____

Signature du père ou de la mère
(ou signature du tuteur légal)