

ENFANT DE MOINS DE 6 ANS AU 10/07/2024 OUI - NON (1)

NOM et Prénom de l'enfant

Date et lieu de naissance :

RESPONSABLE LEGAL : NOM - Prénom.....

Adresse :.....

COMMUNE :

Téléphone ou Portable :

Adresse mail

SECURITE SOCIALE Régime général : OUI - NON N° :

ou

AUTRE REGIME : préciser : N°

ALLOCATIONS FAMILIALES - Caisse de

N° ALLOCATAIRE COMPLET : Q.F. :

(Joindre un justificatif C.A.F. – en cas d'absence de justificatif, le tarif le plus élevé sera appliqué)

INSCRIPTIONS - à la semaine uniquement -

Cocher la ou les semaine(s) choisie(s)

- 1ère semaine : du Lundi 08 Juillet au Vendredi 12 Juillet
- ~~2ème semaine : du Lundi 15 Juillet au Vendredi 19 Juillet~~ semaine complète au 26/04/24
- ~~3ème semaine : du Lundi 22 Juillet au Vendredi 26 Juillet~~ semaine complète au 30/04/24

BONS DE VACANCES

C.A.F. : OUI - NON (1)

M.S.A. : OUI - NON (1)

Montant journalier.....

TARIF APPLIQUE : (cocher celui qui vous correspond)

- . Q.F. ≤ 800 : 95 € la semaine de 5 jours
- . Q.F. : de 801 à 1000 € : 100 € la semaine de 5 jours
- . Q.F. ≥ 1001 € : 105 € la semaine de 5 jours

CARTE D'ADHERENT FAMILLES RURALES 2023 (OBLIGATOIRE si vous ne la possédez pas) : 24 €

FACTURATION DU SEJOUR :

Coût du séjour : €
carte = 24 €

TOTAL DU = €

Règlement par :

- Virement bancaire
- Chèque bancaire
- Espèces
- Chèques vacances (1) Rayer la mention inutile

AUTORISATION POUR REPRODUIRE OU DIFFUSER DES PHOTOS

Je soussigné,responsable légal du jeune.....
donne à l'association FAMILLES RURALES l'autorisation de reproduire et diffuser les photographies et/ou vidéos réalisées de mon enfant.

Les éventuels commentaires et légendes accompagnant la reproduction ou la représentation de ces photos/vidéos ne devront pas porter atteinte à sa vie privée.

DECHARGE

Je soussigné, NOM, Prénom Responsable légal de l'enfant

Autorise les responsables du C.L.S.H à présenter mon enfant à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Je m'engage à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible, je souhaite la consultation du Docteur (Nom, adresse, téléphone)

.....
ou l'hospitalisation à : (précisez)
.....

PERSONNES A PREVENIR EN CAS DE NECESSITE :

J'AUTORISE MON ENFANT (1) : Rayer la mention inutile

- . à participer aux activités organisées par l'association, transport compris
- . à voyager par moyen de transport collectif
- . à se baigner (*Seuls peuvent se baigner les enfants vaccinés contre la polio*)

- Mon enfant sait nager
- Mon enfant ne sait pas nager

J'atteste également que mon enfant est garanti par une assurance accident (responsabilité civile et individuelle) [Joindre le justificatif.](#)

SORTIE DES ENFANTS : Personnes autorisées à venir chercher mon enfant

(mettre par ligne : Nom-prénom, qualité, téléphone)

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

ENFANT DE FRANGY SORTANT SEUL : une décharge est remise à la direction du C.L.S.H. en début de centre.

J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur 2024.

A le
Signature du responsable légal