



# FICHE D INSCRIPTION ET DE FACTURATION 2024 3 - 9 ANS

VACANCES D'AUTOMNE DU LUNDI 21/10/24 AU JEUDI 31/10/24

**REPRESENTANT FAMILIAL**

ANCIEN ADHERENT : oui  non

PRENOM..... NOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

PRENOM..... NOM : ..... DATE DE NAISSANCE : ...../...../.....

CONTACT TELEPHONIQUE : ..... Adresse mail du référent familial : .....@.....

MERE : ..... PÈRE : .....

ADRESSE : ..... CODE POSTAL : ..... VILLE .....

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ALSH et de la MJC  CAF  MSA

J'autorise la M.J.C. à photographier mon ou mes enfants durant les activités : OUI / NON FICHE SANITAIRE : JOINTE / A JOUR 2024

1 ER ENFANT

2 EME ENFANT

PRENOM									
NOM									
DATE NAISSANCE									
AGE									
RENTRE T'IL SEUL	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>				
	<b>SEMAINE 1</b>				<b>SEMAINE 1</b>				
	MATIN	REPAS	APRES MIDI	TOTAL		MATIN	REPAS	APRES MIDI	TOTAL
LUNDI 21 OCTOBRE 2024					LUNDI 21 OCTOBRE 2024				
MARDI 22 OCTOBRE 2024					MARDI 22 OCTOBRE				
MERCREDI 23 OCTOBRE 2024					MERCREDI 23 OCTOBRE				
JEUDI 24 OCTOBRE 2024					JEUDI 24 OCTOBRE				
VENDREDI 25 OCTOBRE 2024					VENDREDI 25 OCTOBRE				
	<b>SEMAINE 2</b>				<b>SEMAINE 2</b>				
	MATIN	REPAS	APRES MIDI	TOTAL		MATIN	REPAS	APRES MIDI	TOTAL
LUNDI 28 OCTOBRE 2024					LUNDI 28 OCTOBRE 2024				
MARDI 29 OCTOBRE 2024					MARDI 29 OCTOBRE 2024				
MERCREDI 30 OCTOBRE 2024					MERCREDI 30 OCTOBRE				
JEUDI 31 OCTOBRE 2024					JEUDI 31 OCTOBRE 2024				
VENDREDI 1 NOVEMBRE 2024	<b>FÉRIÉ</b>				VENDREDI 1 NOVEMBRE	<b>FÉRIÉ</b>			
NB 1/2 JOURNEES					NB 1/2 JOURNEES				
NB JOURNEES					NB JOURNEES				
CARTE ADHÉSION		8,50 €			CARTE ADHÉSION		8,50 €		
REPAS	5 €				REPAS	5 €			
TOTAL					TOTAL				
CHEQUE					N°:				
ESPECES					CAISSE :	REDUCTION QF			
CHEQUE VACANCES						COUPONS SPORTS			
						MAIRIE ST MARTIN			

**Désignation des personnes autorisées à reprendre l'enfant:**

NOM	Prénom	Lien parenté avec l'enfant	Adresse	Téléphone

J'autorise les personnes désignées ci - dessus à prendre en charge l'enfant ..... À sa sortie de la structure.

J'exonère le gestionnaire de la structure de toute responsabilité sur l'enfant après son départ de l'établissement.

J'accepte les termes du règlement intérieur dans son intégralité sans aucune condition

Date :

Signature :