



FICHE D' INSCRIPTION ET DE FACTURATION 2026-2027 / 3-9 ANS

VACANCES D'AUTOMNE DU LUNDI 19/10/2026 AU VENDREDI 30/10/2026

ANCIEN ADHERENT : oui non		REPRESENTANT FAMILIAL	
PRENOM	NOM :	DATE DE NAISSANCE :	
PRENOM	NOM :	DATE DE NAISSANCE :	
ADRESSE MAIL DU REFERENT FAMILIAL :			
PORTABLE MERE :		PORTABLE PÈRE :	
ADRESSE :		CODE POSTAL :	VILLE :
Je reconnais avoir pris connaissance du règlement interieur de l'ALSH et de la MJC:		QF-CAF:	QF-MSA:
J'autorise la M.J.C. à photographier mon ou mes enfants durant les activités : OUI / NON		Montant réduction QF% :	

1ER ENFANT

2EME ENFANT

PRENOM :	PRENOM :
NOM :	NOM :
DATE NAISSANCE :	DATE NAISSANCE :
AGE :	AGE :

SEMAINE 1					SEMAINE 1				
	MATIN	REPAS	APRES MIDI	TOTAL€		MATIN	REPAS	APRES MIDI	TOTAL€
Lundi 19 Octobre					Lundi 19 Octobre				
Mardi 20 Octobre					Mardi 20 Octobre				
Mercredi 21 Octobre					Mercredi 21 Octobre				
Jeudi 22 Octobre		PN			Jeudi 22 Octobre		PN		
Vendredi 23 Octobre					Vendredi 23 Octobre				

SEMAINE 2					SEMAINE 2				
	MATIN	REPAS	APRES MIDI	TOTAL€		MATIN	REPAS	APRES MIDI	TOTAL€
Lundi 26 Octobre					Lundi 26 Octobre				
Mardi 27 Octobre		PN			Mardi 27 Octobre		PN		
Mercredi 28 Octobre					Mercredi 28 Octobre				
Jeudi 29 Octobre					Jeudi 29 Octobre				
Vendredi 30 Octobre					Vendredi 30 Octobre				

NB 1/2 JOURNEES		NB 1/2 JOURNEES	
NB JOURNEES		NB JOURNEES	
CARTE ADHESION		CARTE ADHESION	
NOMBRE DE REPAS		NOMBRE DE REPAS	
TOTAL€		TOTAL €	
MONTANT CHEQUE €		N°:	MONTANT CB €
MONTANT ESPECE€		CAISSE Nom salarié :	COUPONS SPORTS
MONTANT CH VACANCES €		N°:	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 interieur dans son intégralité sans aucune condition.

Date :

Signature :