



## FICHE D' INSCRIPTION ET DE FACTURATION 2025-2026 / 3-9 ANS

VACANCES DE PRINTEMPS DU MARDI 07/04/2026 AU VENDREDI 17/04/2026

ANCIEN ADHERENT : oui non

### REPRESENTANT FAMILIAL

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:

QF-CAF:

QF-MSA:

J'autorise la M.J.C. à photographier mon ou mes enfants durant les activités : OUI / NON

#### 1ER ENFANT

#### 2EME ENFANT

PRENOM :

PRENOM :

NOM :

NOM :

DATE NAISSANCE :

DATE NAISSANCE :

AGE :

AGE :

#### SEMAINE 1

|                     | MATIN | REPAS | APRES<br>MIDI | TOTAL |
|---------------------|-------|-------|---------------|-------|
| Lundi 06 Avril 2026 | FERIE |       |               |       |
| Mardi 07 Avril      |       |       |               |       |
| Mercredi 08 Avril   |       |       |               |       |
| Jeudi 09 Avril      |       |       |               |       |
| Vendredi 10 Avril   |       |       |               |       |

#### SEMAINE 1

|                     | MATIN | REPAS | APRES<br>MIDI | TOTAL |
|---------------------|-------|-------|---------------|-------|
| Lundi 06 Avril 2026 | FERIE |       |               |       |
| Mardi 07 Avril      |       |       |               |       |
| Mercredi 08 Avril   |       |       |               |       |
| Jeudi 09 Avril      |       |       |               |       |
| Vendredi 10 Avril   |       |       |               |       |

#### SEMAINE 2

|                   | MATIN | REPAS | APRES<br>MIDI | TOTAL |
|-------------------|-------|-------|---------------|-------|
| Lundi 13 Avril    |       |       |               |       |
| Mardi 14 Avril    |       |       |               |       |
| Mercredi 15 Avril |       |       |               |       |
| Jeudi 16 Avril    |       |       |               |       |
| Vendredi 17 Avril |       |       |               |       |

#### SEMAINE 2

|                   | MATIN | REPAS | APRES<br>MIDI | TOTAL |
|-------------------|-------|-------|---------------|-------|
| Lundi 13 Avril    |       |       |               |       |
| Mardi 14 Avril    |       |       |               |       |
| Mercredi 15 Avril |       |       |               |       |
| Jeudi 16 Avril    |       |       |               |       |
| Vendredi 17 Avril |       |       |               |       |

NB 1/2 JOURNEES

NB 1/2 JOURNEES

NB JOURNEES

NB JOURNEES

CARTE ADHESION

8,50 €

CARTE ADHESION

8,50 €

NOMBRE DE REPAS

NOMBRE DE REPAS

TOTAL

TOTAL

CHEQUE

N°:

REDUCTION QF

ESPECES

CAISSE :

COUPONS SPORTS

CHEQUE VACANCES

MAIRIE ST MARTIN

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

| NOM | Prénom | Lien parenté avec<br>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 :