



Novembre / Décembre 2021

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Nom : Prénom : Tél :

Adresse : Commune :

Mail : Médecin traitant :

N° allocataire CAF : Ou MSA : **QF** : €

Percevez-vous des allocations CAF : Oui Non Ou MSA : Oui Non

Qui récupère vos enfants le soir :

Moyen de transport :

ENFANT(S) A INSCRIRE

	<u>1^{er} enfant</u>	<u>2^{ème} enfant</u>	<u>3^{ème} enfant</u>
- Nom
- Prénom
- Date de naissance
Samedi 13 Novembre <i>Sortie ART TO PLAY NANTES</i> <i>(De 09h à 19h)</i>	<input type="checkbox"/> 8€	<input type="checkbox"/> 8€	<input type="checkbox"/> 8€
Samedi 27 Novembre <i>Sortie Paint Ball + Veillée</i> <i>repas (de 14h à 23h)</i>	<input type="checkbox"/> 12€	<input type="checkbox"/> 12€	<input type="checkbox"/> 12€
Samedi 11 Décembre <i>Sortie en ville « Angers »</i> <i>(De 13h30 à 18h)</i>	<input type="checkbox"/> 3€	<input type="checkbox"/> 3€	<input type="checkbox"/> 3€
Samedi 18 Décembre <i>Sortie Patinoire + surprise</i> <i>(De 13h30 à)</i>	<input type="checkbox"/> 8€	<input type="checkbox"/> 8€	<input type="checkbox"/> 8€

INFORMATION IMPORTANTE : Les places sont limitées à 16 jeunes par samedi

Montant détaillé : **Montant total dû** :

Réglé par : Chèque bancaire Espèces Chèques vacances

Je soussigné, M - Mme - Mlle (Nom et prénom du responsable légal)
1- déclare que mon (mes) enfant(s) est (sont) en bonne santé, et couvert(s) par notre assurance responsabilité civile.

2- autorise..... à récupérer mon (mes) enfant(s) au centre, le soir, en mon absence.

3- vous accorde la permission de publier les photos et vidéos que vous avez prises de mon (mes) enfant(s) dans le cadre des activités du centre : OUI NON

A, le / / 2021

(Signature)