

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance : Age :

Adresse : Téléphone :

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? NON OUI Lequel ? :

Avez-vous signé un projet d'Accueil Individualisé (PAI) pour votre enfant ? NON OUI (Si oui, joindre une copie)

Votre enfant a-t-il une allergie ? NON OUI Si oui, laquelle ? :

Vous autorisez nous à prendre en photo votre enfant (Bulletin Municipal, Facebook, Presse) : NON OUI

J'autorise mon enfant à repartir seul de l'accueil de loisirs à 17h00 ? NON OUI

Mode de paiement ? Facturation habituelle (Prélèvement, paiement en ligne ou en trésorerie) Bons Temps Libre CAF

Cochez les journées que vous souhaitez réserver

Mercredi 4 Septembre	<input type="checkbox"/>	Mercredi 6 Novembre	<input type="checkbox"/>
Mercredi 11 Septembre	<input type="checkbox"/>	Mercredi 13 Novembre	<input type="checkbox"/>
Mercredi 18 Septembre	<input type="checkbox"/>	Mercredi 20 Novembre	<input type="checkbox"/>
Mercredi 25 Septembre	<input type="checkbox"/>	Mercredi 27 Novembre	<input type="checkbox"/>
Mercredi 2 Octobre	<input type="checkbox"/>	Mercredi 4 Décembre	<input type="checkbox"/>
Mercredi 9 Octobre	<input type="checkbox"/>	Mercredi 11 Décembre	<input type="checkbox"/>
Mercredi 16 Octobre	<input type="checkbox"/>	Mercredi 18 Décembre	<input type="checkbox"/>

Déclaration sur l'honneur : Je, soussigné, responsable légal de l'enfant..... déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription. J'atteste avoir pris connaissance des modalités d'inscriptions de l'ACM de la ville d'Eslettes.

Fait à : Le :

« Lu et approuvé », signature des représentants légaux :

- LES PLACES SONT LIMTEES A 20 ENFANTS DE MOINS 6 ANS PAR JOURNEE.
- Toute journée réservée sera facturée sauf sur présentation d'un certificat médical attestant de l'absence de l'enfant.
- Les vaccinations de l'enfant doivent impérativement être à jour. Nous joindre une copie si un vaccin a été réalisé récemment.
- Toute réservation ne sera validée qu'à réception du dossier complet.