

Commune de **MEROUX-MOVAL**

 **ACCUEIL DE LOISIRS ALSH 2022 7/10 ans**

# FICHE D’INSCRIPTION

**ALSH Accueil de Loisirs Sans Hébergement**

M.Mme ……………………………………………………………………………………….

Adresse ……………………………………………………………………………………….

Tél …………………………………………………………………………………………….

**NOM et Prénom de votre enfant : ...…………………………………………………….**

**Age révolu : ………………ans**

**Tarif dégressif à partir de deux enfants :**



**Les jours avec sortie**

pique-nique à fournir. Les tarifs en vigueur seront les suivants :

 QF1<700 QF2<700QF<1600 QF3>1600 Extérieurs



\*Tarif pendant les vacances de février : Journée complète (repas tiré du sac).

Personne à prévenir en cas d’accident :  ……………………………………… …………………………………….

L’enfant sera récupéré à la sortie par *: ……………………………………….*

L’enfant est autorisé à rentrer seul :……………………………………………………

Respect des horaires : Le personnel communal n’est pas habilité à assurer l’accueil des enfants en dehors des heures d’ouverture et les familles doivent respecter scrupuleusement ces horaires. **…/…**

**J’autorise le secrétariat à consulter le site de la CAF pour me faire profiter d’un tarif en**

**fonction du quotient familial OUI**  **NON** 

**Si OUI Numéro allocataire CAF (obligatoire) :**

**……………………………………………………………………………..**

## Vous pouvez avoir reçu de votre caisse d’allocations familiales, une feuille intitulée

**« ATL » , (« A Tous Loisirs » anciennement appelée « Aide aux Temps Libre »). N’oubliez pas de la remplir et de nous la fournir. Vous pouvez avoir droit à une participation financière de leur part. Celle-ci sera directement déduite de votre facture.**

***FAITES VOTRE CHOIX***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Accueil du matin 8h à 9h  | Animation Matin 9h à 12h  | Repas 12h à 14 h  | Animation 14h à 17h  | Accueil du soir 17h à 17h30  |
| **Lundi 14 février** |   |   |   |   |   |
| **Mardi 15 février**  |   |   |   |   |   |
| **Mercredi 16 février**  |  | **Sortie Pavillon des sciences****Départ 9h30****Retour 17h00**  |  |
| **Jeudi 17 février**  |   |   |   |   |   |
| **Vendredi 18 février**  |   |   |   |   |   |

Je soussigné(e…………………………………………………. père, mère, tuteur de (nom et prénom

de l’enfant) …………………………………………………. autorise l’équipe d’animation à faire

pratiquer toutes les interventions médicales et chirurgicales d’urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical consulté.

Je m’engage par ailleurs à rembourser le montant des frais médicaux.

Problème(s) de santé de l’enfant (allergies, asthme, …).

OBSERVATIONS :

…………………………………………...………………………………………………SIGNATURE