



Maison de Quartier des Libellules

MECREDI AÉRÉ 2021-2022

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Du fait d'un nombre de places limitées, les demandes d'inscriptions seront attribuées en fonctions **des situations prioritaires et non pas selon l'ordre d'inscription.**

COORDONNÉES DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____

Né(e) le : ____ / ____ / ____ garçon fille

Adresse : _____

N° postal : _____ Localité : _____

COORDONNÉES DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom et prénom : _____

Adresse (si différente de celle de l'enfant) : _____

N° postal : _____ Localité : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Portable père : _____ Portable mère : _____

URGENCE

En l'absence des parents, personne à contacter en cas d'urgence :

Nom et prénom : _____ Téléphone : _____

FACTURATION ET PAIEMENT

Trimestre 1 (13 mecredis)

Accueil dès 08h00 130.— Accueil dès 11h30 90.—

Trimestres 2 (10 mercredis)

Accueil dès 08h00 100.— Accueil dès 11h30 70.—

Trimestre 3 (12 mercredis)

Accueil dès 08h00 120.— Accueil dès 11h30 85.—

Les chèques familles sont acceptés

QUESTIONNAIRE SANTE

Pour des raisons de sécurité, nous vous demandons de répondre correctement aux questions médicales suivantes et d'en parler avec les responsables du centre.

Assurance maladie de l'enfant : _____

Assurance responsabilité civile : _____

Date du dernier vaccin du tétanos : ____ / ____ / ____

Nom du médecin traitant : _____

Téléphone : _____

L'enfant souffre-t-il d'une maladie, d'une allergie ou d'un handicap particulier ? oui non

Si oui, lequel/laquelle :

Précautions alimentaires :

Remarques et informations diverses concernant l'enfant :

Les enfants présentant des symptômes de maladie ne seront pas acceptés !

En cas de doutes, prenez contact avec votre médecin.

Si des symptômes surviennent pendant la journée, nous nous réservons le droit de leur faire porter un masque et d'isoler l'enfant jusqu'à la prise en charge des parents au plus vite.

En cas d'urgence, j'autorise les responsables du centre aéré à prendre toutes mesures nécessaires à la santé de mon enfant.

Je déclare avoir pris connaissance de la fiche d'information concernant l'organisation du Centre Aéré et par ma signature l'accepter.

Vernier, le _____

Signature :