

**MECREDI AÉRÉ 2023-2024**

**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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❑ garçon ❑ fille

Né(e) le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| RDU | Tarif par mercredi | COCHER | **Montant du revenu familial déterminant unifié : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** (copie du document RDU à fournir avec l’inscription)  **! Les chèques familles sont acceptés !** |
| Moins de 42'000.- | 7.- | ❑ |
| De 42'001.- à 66'000.- | 10.- | ❑ |
| De 66'001.- à 138'000.- | 15.- | ❑ |
| Plus de 138'000.- | 20.- | ❑ |

**INSCRIPTIONS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TRIMESTRES | DATES | Informations complémentaires | Nombre de mercredis **SANS**  vacances scolaire | COCHER | Nombre de mercredis **AVEC**  vacances scolaire | COCHER |
| **Trimestre 1** | Du 30 août au 20 décembre | 27 décembre pas d’accueil | 16 | ❑ | 17 | ❑ |
| **Trimestre 2** | Du 10 janvier au 10 avril | 3 janvier pas d’accueil | 11 | ❑ | 14 | ❑ |
| **Trimestre 3** | Du 17 avril au 19 juin | 1er mai pas d’accueil | 9 | ❑ | 9 | ❑ |

**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 :

Une image contenant texte

Description générée automatiquement