

BULLETIN D'INSCRIPTION CENTRE DE LOISIRS DU VAL DE VÔGE



POUR VOTRE INSCRIPTION :
COMPLETEZ ET RENVOYEZ CE DOCUMENT
CENTRE Odcvl LAMAISONDICI
21 LE VILLAGE
88240 LES VOIVRES
lamaisondici@odcvl.org

L'ENFANT :

NOM : PRENOM :

Né(e) le : AGE:

ADRESSE :

.....
.....

LE RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM :PRENOM :

ADRESSE :

Téléphone/ Portable :

Mail :

SANTE :

Votre enfant suit-il un régime alimentaire ? A-t-il une allergie ?

.....

Votre enfant est-il à jour de ses vaccinations obligatoires ?

(joindre impérativement les photocopies du carnet de santé de votre enfant)

Votre enfant suit-il un traitement médical pendant son séjour ?

Si oui, lequel ?

(si oui joindre obligatoirement une ordonnance avec les médicaments. Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance)

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e)..... responsable de l'enfant....., atteste que mon enfant est apte à la pratique des activités prévues au programme, déclare l'exactitude des renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de l'Accueil de Loisirs et/ou le médecin, le cas échéant, à prendre toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...) rendues nécessaires par l'état de mon enfant.

Fait à, le

Signature

- J'EMMENERAI MON ENFANT DIRECTEMENT A LAMAISONDICI
- MON ENFANT UTILISERA LE TRANSPORT MIS EN PLACE PAR LA CA D'ÉPINAL – SECTEUR VAL DE VÔGE

Au départ de la commune de :
 (pas de ramassage sur les hameaux ou habitats isolés, mais au centre des villages.
 Les horaires sont communiqués par mail quelques jours avant)

A COMPLETER

Mon enfant peut-il être pris en photo dans le cadre strict des activités et de la communication du Centre de Loisirs ?

Mon enfant est-il autorisé à se déplacer seul entre mon domicile et LaMaisondici ?

Mon enfant est-il autorisé à se déplacer seul entre mon domicile et le point de regroupement pour le ramassage en car ?

En signant cette autorisation, je reconnais décliné de toutes responsabilités l'équipe et les responsables de Odcvl et de la CA d'Épinal – Secteur Val de Vôge - en cas d'accident survenu durant les trajets autonomes de mon enfant.

Fait à Le
 Signature du responsable légal

INSCRIPTION						
COCHEZ LES CASES DE VOTRE CHOIX						
	Tarifs bénéficiaires aide aux temps-libre	cocher	Tarifs QF compris entre 610 et 700	cocher	Tarif autres	cocher
12/04	20 euros TTC		21 euros TTC		22 euros TTC	
19/04	20 euros TTC		21 euros TTC		22 euros TTC	

Partie réservée à Odcvl :

- Chèque
- Espèces
- Aide temps-libre CAF
- Autre



Total à régler : _____

AUTORISATION DE TRANSPORT

(Partie à remplir obligatoirement pour chaque enfant inscrit, même s'il est accueilli au Centre)

Madame, Monsieur

Autorise mon enfant: **Nom** **Prénom**

À utiliser le service de transport mis en place par la CA d'Épinal – Secteur Val de Vôge, sous la responsabilité de l'équipe d'animation Odcvl. Cette autorisation est valable pour les ramassages matins et soirs, ainsi que pour les déplacements en activités.

Fait à Le **Signature :** _____