

Centre Aéré de l'école Ste Thérèse

INSCRIPTIONS :

Je soussigné(e) M/Mme :

Désire inscrire mon enfant :

Sur les journées centre aéré : (cocher les cases en jaune correspondant aux journées pendant lesquelles votre enfant sera présent sur le centre aéré).

SEPTEMBRE				
M 09/09/09	M 16/09/09	M 23/09/09	M 30 /09/09	

OCTOBRE				
M 08/10/09	M 15/10/09	M 22/10/09		

VACANCES DE LA TOUSSAINT				
L 26/10/09	M 27/10/09	M 28/10/09	J 29/10/09	V 30/10/09
L 02/11/09	M 03/10/09	M 04/10/09		

NOVEMBRE				
M 18/11/09	M 25/11/09			

DECEMBRE				
M 02/12/09	M 09/12/09	M 16/12/09		

VACANCES DE NOEL				
L 21/12/09	M 22/12/09	M 23/12/09	J 24/12/09	
L 28/12/09	M 29/12/09	M 30/12/09	J 31/12/09	



ADOS

7 avenue de Sommières

34160 CASTRIES

Tel : 04 67 75 18 67

Fax : 04 67 75 18 85

SARL au capital de 7650 €

RCS MONTPELLIER

SIREN : 478 166 952 000 34

TVA : FR 72478166952

N° Licence 03.004.0004

Caution APS - Code APE : 7912Z

FICHE RENSEIGNEMENTS ENFANTS

VOTRE ENFANT

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

.....

Code Postal : ... VILLE :

Tel (urgence) ... tel Domicile Mail

né(é) le : ... SEXE ~~File~~ ~~Gargons~~

SITUATION FAMILIALE DE L ENFANT

Situation fam. des parents : marié veuf séparé célibataire

Nombre d'enfants à charge :

Père		Mère	
Nom	.....	Nom	.....
Prénom	.....	Nom de JF	.....
Tél domicile	.....	Prénom	.....
Portable	.....	Tél domicile	.....
Profession	.....	Portable	.....
Employeur	.....	Profession	.....
Tél employeur	.....	Employeur	.....
		Tél employeur	.....

L'ENFANT ET SA SANTE

N° Sécurité sociale :	.....
N° CAF :	.....
Ecole :	.....
Allergies médicalement déclarées : <i>(joindre certificat médical)</i>	.....
Personnes autorisées à récupérer l'enfant :	.....
Régime alimentaire :	.....

Autres renseignements :
.....

Je soussigné(e) : autorise le directeur du centre (ou son représentant),

à faire pratiquer tous les soins ou interventions chirurgicales en cas de besoin ,
à faire apparaître mon enfant sur tout support (photos, vidéos...) utilisés exclusivement pour illustrer les activités du centre (article de presse, expositions, etc...).

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement du centre, et déclare u adhérer sans réserves.

Fait à le :

Signature du représentant légal :