

STRUCTURE D'ACCUEIL DU HAUT VERDON – VAL D'ALLOS

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

WINNIE L'OURSON de 3 à 12 ans scolarisés Val d'Allos – Le village

Tél : 04 92 83 96 05

Fax : 04 92 83 06 57

Mail : centredeloisirs@ccapv.fr

À savoir

Nous sommes ouverts de 9h00 à 17h00 en continu.

Merci de venir chercher vos enfants 5 minutes avant la fermeture.

L'accueil se fait jusqu'à 10h00 le matin, à 12h00 et à 14h00. Le départ est à 12h00, 14h00 et à partir de 16h00 le soir.

N'oubliez pas de fournir le repas et le goûter de vos enfants (marqués à son nom) ainsi que le **CARNET DE SANTÉ OBLIGATOIRE**,

Identité

Nom et Prénom de l'enfant :

Date de naissance :/...../20.....

Nom et prénom des responsables légaux :

Adresse permanente :

Code Postal : Ville :

Téléphone Maman : Téléphone Papa :

Mail :

Autorisation de droit à l'image

Nous, soussignés, Monsieur et Madame....., représentants légaux de l'enfant,, autorisons, n'autorisons pas* l'équipe d'encadrement des structures d'accueil du Haut Verdon – Val d'Allos à utiliser les photos pour affichage interne à la structure ; à utiliser les photos dans le cadre d'une diffusion locale (Le Dauphiné, Les sources du Verdon...)

Informations Médicales

(Le fait de remplir cette partie ne vous dispense pas de l'apport du carnet de santé de l'enfant, ni de la fiche sanitaire)

Mon enfant est-il à jour de ses vaccins ? OUI NON *

Allergie connue et/ou problème particulier :

Traitement médical de fond et/ou d'appoint (maladie non-contagieuse) :

.....

Merci de joindre obligatoirement la/les ordonnance(s) signée(s) par le médecin ainsi que les médicaments si nécessaire.

Nous, soussignés, Monsieur et Madame....., représentants légaux de l'enfant,....., autorisons, n'autorisons pas* le responsable ou le responsable adjoint à administrer à notre enfant, un traitement médicamenteux ou un régime alimentaire sur prescription médicale, par délégation de l'autorité parentale.

Frais Médicaux

Les représentants légaux de l'enfant s'engagent à rembourser à la Communauté de Communes, les frais médicaux engagés (honoraires et pharmacie) dans les plus brefs délais, dans le cas où le médecin se rendrait dans nos structures, à la demande des représentants ou lors d'une situation jugée nécessaire par le responsable de la structure.

Règlement intérieur

Nous, soussignés, Monsieur et Madame....., représentants légaux de l'enfant....., déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur et en acceptent les conditions.

- rayer la mention inutile

LES COURS DE SKI SONT A RESERVER ET A PAYER AUPRES DE L'ESF DU SEIGNUS D'ALLOS

Réservation

Rappel du nom de l'enfant :

À l'unité	Forfait X 5	Forfait X 6
Matin Date(s) : Soit 15€ X.....=.....€	Matin Dates : 65 €	Matin Dates : 75 €
Après-midi Date(s) : Soit 15€ X.....=.....€	Après-midi Dates : 65 €	Après-midi Dates : 75 €
Matin + repas Date(s) : Soit 20€ X.....=.....€	Matin + repas Dates : 85 €	Matin + repas Dates : 100 €
Repas + après-midi Date(s) : Soit 20€ X.....=.....€	Repas + après-midi Dates : 85 €	Repas + après-midi Dates : 100 €
Journée sans repas Date(s) : Soit 25€ X.....=.....€	Journée sans repas Dates : 100 €	Journée sans repas Dates : 120 €
Journée avec repas Date(s) : Soit 30€ X.....=.....€	Journée avec repas Dates : 125 €	Journée avec repas Dates : 150 €
Matin+repas+relais-ski* Date(s) : Soit 25€ X.....=.....€	Matin+repas+relais-ski* Dates : 100 €	Matin+repas+relais-ski* Dates : 120 €
relai-Ski*+repas+après-midi Date(s) : Soit 25€ X.....=.....€	Relai-Ski*+repas+après-midi Dates : 100 €	Relai-Ski*+repas+après-midi Dates : 120 €
Matin+relais-ski du midi* Date(s) : Soit 15€ X.....=.....€	Matin + relais-ski du midi* Dates : 65 €	Matin+relais-ski du midi* Dates : 75 €
relais-ski du midi*+après-midi Date(s) : Soit 15€ X.....=.....€	relais-ski du midi*+après-midi Dates : 65 €	relais-ski du midi*+après-midi Dates : 75 €
Soit un total de.....€ X 40% =.....€ d'acompte (chèque à l'ordre du Trésor Public). Pour toute absence, l'acompte sera rendu uniquement en cas de force majeure justifiée (maladie, accident ou événement familial imprévu).		

Fait le/...../20..... à

Signature(s) du (ou des) représentant(s) légal (légaux)
suivie de la mention « lu et approuvé »