

ESPACE JEUNESSE - ACCUEIL DE LOISIRS

FICHE D'INSCRIPTION - ÉTÉ 2023

Inscriptions en priorité pour les Guebwillérois

Inscription sur rendez-vous (voir fiche « informations pratiques »)

Fiche à remettre lors de l'inscription, le jour du rendez-vous qui vous sera fixé par l'animateur

NOM et prénom de l'enfant :

Date de naissance : Âge : Mail :

Adresse :

Téléphone 1 : Téléphone 2 :

De quel régime dépendez-vous ? (rayer les mentions inutiles) : CAF - MSA - Autre (lequel) ?

Pour l'Accueil de Loisirs Eté 2023 « Les P'tites Canailles » 6-11 ans, j'inscris mon enfant :

- Semaine 1** 10/07 au 13/07 **Semaine 2** 17/07 au 21/07 **Semaine 3** 24/07 au 28/07 **Semaine 4** 31/07 au 4/08

Pour l'Accueil de Loisirs Eté 2023 « Les Futés » 11-17 ans, j'inscris mon enfant :

- PACK 1** 10/07 au 13/07 **PACK 2** 17/07 au 21/07 **PACK 3** 24/07 au 28/07 **PACK 4** (séjour) 31/07 au 4/08

Je règle la somme de : €
<input type="checkbox"/> Espèces €
<input type="checkbox"/> Chèque (libellé à l'ordre du Trésor Public) €
<input type="checkbox"/> Chèque-vacances ANCV €
<input type="checkbox"/> Bons ATL/CAF €
<input type="checkbox"/> Autre : €

Cadre réservé à l'administration	
Ventilation de la somme :	
ALSH :	€ Adhésion :
Séjour :	
Tranche :	
Reçu n° /	
N° Allocataire :	
Aide (alsh) :	
€ par 1/2 journée	
Aide (séjour) :	
€ par jour	

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) (père, mère ou tuteur)

- autorise mon enfant à **participer aux sorties** organisées par l'Accueil de Loisirs 6-11 ans 11-17 ans
- autorise mon enfant à **rentrer seul au domicile** à la fin des activités oui non
- autorise la Ville de Guebwiller à diffuser l'image de mon enfant (vidéos, photographies de groupe ou d'enfants en activité) sur des supports de communication tels catalogues, dépliants, site internet, presse... oui non
- accepte que les responsables autorisent en mon nom, une intervention médicale ou une hospitalisation en cas de besoin oui non

POUR LES ACTIVITÉS À CARACTÈRE SPORTIF, je déclare sur l'honneur que mon enfant a été reconnu apte par un médecin pour participer aux activités choisies.

Si l'enfant suit un traitement, veuillez le préciser :

SIGNATURE :

