



**ACCUEIL DE LOISIRS octobre 2020 – 11/17 ans**

**FICHE D'INSCRIPTION**  
**ALSH Accueil de Loisirs Sans Hébergement**

M.Mme .....

Adresse .....

Tél .....

**NOM et Prénom de votre enfant :** .....

**Age révolu :** .....ans

Tarifs forfaitaires 2020, accueils compris Tarif dégressif à partir de deux enfants.

Activité	T1 (<700)	T2 (700<QF<1600)	T3 >1600	Extérieurs
Journée avec repas	13.00€	13.50€	14.00€	16.00€
A partir de 2 enfants	12.50€	13.00€	13.50€	15.50€
½ journée avec repas	9.50€	10.00€	10.50€	12.60€
A partir de 2 enfants	9.00€	9.50€	10.00€	12.10€
½ journée sans repas	4.85€	5.00€	5.20€	6.30€
A partir de 2 enfants	4.35€	4.50€	4.70€	5.80€

Les jours avec sortie : pique-nique à fournir. Les tarifs en vigueur seront les suivants :

	T1 (<700)	T2 (700<QF<1600)	T3 >1600	Extérieurs
Pour un enfant	15.00€	15.50€	16.00€	18.00€
A partir de 2 enfants	14.50 €	15.00€	15.50€	17.50€

Personne à prévenir en cas d'accident :  .....

 .....

L'enfant rentre seul :  *oui*  *non*

Respect des horaires : Le personnel communal n'est pas habilité à assurer l'accueil des enfants en dehors des heures d'ouverture et les familles doivent respecter scrupuleusement ces horaires. .../...

**FAITES VOTRE CHOIX**

	Accueil du matin 8h à 9h	Animation matin 9h à 12h	Repas 12h à 14 h	Animation A-M 14h à 17h	Accueil du soir 17h à 18h	Animation A-M 14h-17h	Animation Soirée 17h-20h
Lundi 19 octobre							
Mardi 20 octobre							
Mercredi 21 octobre							
Jeudi 22 octobre							
Vendredi 23 octobre	Sortie paintball. Inscription à la journée. Repas tiré du sac					○	
Vendredi 30 octobre	« Journée funèbre » inscription à la journée 14h-22h (Pas de restauration ce jour-là) (Possibilité de venir récupérer les enfants à partir de 21h)						○

Je soussigné(e)..... père, mère, tuteur de (nom et prénom de l'enfant) ..... autorise l'équipe d'animation à faire pratiquer toutes les interventions médicales et chirurgicales d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical consulté.

Je m'engage par ailleurs à rembourser le montant des frais médicaux.

Problème(s) de santé de l'enfant (allergies, asthme, ...).

OBSERVATIONS :

.....SIGNATURE