Famille Nº.....

Parent 1 (nom de facturation)	Parent 2								
Nom:	Nom:								
Prénom:	Prénom:								
Adresse:	Adresse:								
Code Postal:	Code Postal:								
Ville :	Ville :								
☎ Domicile://	☎ Domicile ://								
☎ Portable ://	P Portable :///								
Employeur:	Employeur:								
Nom:	Nom:								
Ville:	Ville:								
(hospitalisation, médecin, traitements de premiers soin déclare avoir été informé de l'intérêt d'avoir sous dommages corporels auxquels peuvent les exposer les certifie sur l'honneur que mes enfants ne sont pas juillet 2022	nisées par le centre. endre toutes dispositions en cas de nécessité immédiate ns, etc). scrit un contrat d'assurance de personnes couvrant les activités auxquelles ils participent. inscrits dans d'autres centres de loisirs pour le mois de ter les photos prises au cours des activités, sur lesquelles municipales nt familial et j'accepte de payer le tarif maximum. rieur (1ère feuille de ce dossier).								
A, le									
A									
Personne à prévenir en cas d'accident : Nom :	☎ Domicile ://								
Prénom:	Portable :///								
\bullet Prestations familiales : Organisme : \Box Caf 62 \Box MSA \Box A N° Allocataire :	Autre, précisez : Bénéficiaire Temps Libre □ oui □ non								

1	Nom					Prénom				Date de Naissance					e fréque ternelle	Déjà inscrit l'an dernier		
•																	□ oui	□ no
2																	u oui	□ no
3																	oui oui	□ no
4																	□ oui	□ no
votre				· à certa					ci-dess					pour dé		ı vacances :		
enfant	L 11	M 12	Me 13	J 14	V 15	L 18	M 19	Me 20	J 21	V 22	L 25	M 26	Me 27	J 28	V 29			
1				X														
2				X														
3				X														
4				X														
				71														
Ren	<u>narque</u>	s ou re	nseigne	ments (<u>compléi</u>	<u>nentai</u>	res:											
^^^^		'admin	stration] [ті		TI	C		N.			N. I				D.C.
V	ervé à l' Fille felfaut	'admin		.F.] [T. L.		T. J.	en €		N. 3	Е.		N.J.		Acomptes en		Régl