

N° Passage

3 - 4 ans
 5 - 6 ans
 7 - 10 ans
 11-13 ans

CARTE DE MEMBRE 2018/2019 : OUI NON

ENFANT : NOM : PRENOM :

Date de naissance : Garçon Fille

- **Problème de santé** : OUI NON (si oui, à préciser sur la fiche sanitaire : allergie, asthme, autres....)

- **Vaccins à jour** : OUI NON (vérifier si nous possédons la photocopie du carnet de santé + fiche sanitaire)

- **Régime alimentaire spécifique** :

Droit à l'image : Je donne mon accord pour être photographié ou filmé dans le cadre des activités. Ces images peuvent être exploitées entièrement dans le cadre de la mission d'information et communication sur les activités du Centre Socioculturel. Je confirme que, quelles que soient l'exploitation faite des dites vidéos et photographies et l'ampleur de leurs diffusions, aucune rémunération ne pourra être exigée auprès du Centre Socioculturel : **OUI** **NON** (à cocher)

Poux : J'autorise l'équipe d'animation à vérifier, en cas de suspicion, si mon enfant n'a pas de poux. La famille s'engage à traiter son enfant le cas échéant.

- **L'enfant pourra RENTRER SEUL** : OUI NON Si non, personnes autorisées à le/la récupérer :

« L'enfant reste sous la responsabilité de son représentant légal pendant le trajet aller-retour, domicile/centre de loisirs »

RESPONSABLE DE L'ENFANT :

Nom : Prénom :

Adresse :

N° de téléphone : Portable père : Portable mère :

Profession du père : Profession de la mère :

Régime Général : CAF n° allocataire : Autres régimes :

Adresse email : Habitat Social (HLM) : OUI NON

Je soussigné, responsable de l'enfant, inscrit ce dernier à l'Accueil de Loisirs :

Mettre une croix pour les jours où vous souhaitez inscrire votre enfant – attention ne rien noter dans la partie grisée

	Accueil des 8h	journée	Accueil Après 17h		Accueil des 8h	journée	Accueil Après 17h
Lundi 22				Lundi 29			
Mardi 23				Mardi 30			
Merc. 24				Merc 31			
Jeudi 25				Jeudi 01			
Vend 26				Vend 02			

Si la famille possède s bons CAF (le tarif A est appliqué) si non, faire le calcul à l'aide de l'avis d'imposition

REVENU IMPOSABLE : : 12 mois = TARIF A TARIF B

	TARIF A	TARIF B	Nbre de jours	TOTAL
Tarifs hors Wittenheim.....	17.50 € x	18 € x	_____	+ _____ €
Tarifs Wittenheim.....	14 € x	14.50 € x	_____	+ _____ €
Supplément accueil.....	1.10 € x	1.20 € x	_____	+ _____ €
- DEDUCTION BONS CAF ←	montant des bons : _____		_____	- _____ €
- DEDUCTION CE PEUGEOT	9.60 x		_____	- _____ €
- DEDUCTION autre (à préciser)				- _____ €
Carte de membre (5.00 € individuelle ou 12 € familiale)				+ _____ €
TOTAL à la charge de la famille				
Paiement par : Chèque <input type="checkbox"/> Espèces <input type="checkbox"/> Chèques vacances <input type="checkbox"/> Bons CAF <input type="checkbox"/>				

Je certifie avoir pris connaissance du programme Wittenheim, le Signature :