



**22-26 octobre**  
**4 à 11 ans**

Merci de faire parvenir cette fiche remplie à Valérie Charrier – [enfants@afpsaintcyprien.org](mailto:enfants@afpsaintcyprien.org)

Attention : **Places limitées**

## Fiche d'inscription

### L'enfant / Les enfants

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F / M

Date de Naissance : ..... N° de sécurité sociale : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F / M

Date de Naissance : ..... N° de sécurité sociale : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : F / M

Date de Naissance : ..... N° de sécurité sociale : .....

### Présence

Vos enfants pourront **profiter au mieux** des activités proposées s'ils sont présents tous les jours de la semaine (continuité dans les histoires, l'imaginaire, les jeux, les activités manuelles...). Il est cependant possible d'inscrire votre enfant à la journée (avec un minimum de 3 jours dans la semaine).

Arrivée échelonnée entre **8h30** et **9h** – Départ échelonné entre **17h** et **18h**.

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Présent(s) ?					
Arrivée vers (8h30, 9h)					
Départ vers (17h, 17h30, 18h)					

**Prix de base** - 6,50 € par enfant et par jour **Tarif dégressif** - En cas de plusieurs enfants de la même famille : 2 enfants inscrits : 6€ / enfant / jour - 3 enfants et plus : 5,50€ / enfant / jour

**Règlement** - possible par chèque (au nom de l'AFP Saint Cyprien), espèce ou par CB en ligne sur [accueildeloisirs.afpsaintcyprien.org](http://accueildeloisirs.afpsaintcyprien.org)

### Responsable de l'enfant

Nom du représentant légal : ..... Prénom : .....

☎ Domicile : .....

☎ Portable : .....

☎ Travail : .....

✉ Adresse mail : .....

## Renseignements médicaux

**Traitement médical** : L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ?

enfant ..... : oui / non	enfant ..... : oui / non	enfant ..... : oui / non
--------------------------	--------------------------	--------------------------

→ Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant). Aucun médicament ne se sera pris sans ordonnance.

### Allergie :

L'enfant a-t-il : **asthme** : oui / non      **alimentaires** : oui / non      **médicamenteuses** : oui / non

Merci de préciser :

Prénom : \_\_\_\_\_ Allergie : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Allergie : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Allergie : \_\_\_\_\_

Conduite à tenir : \_\_\_\_\_

### Précaution et particularité :

Je signale ici toute information qui serait utile à l'équipe organisatrice (lunettes ? lentilles ? prothèses auditives... ?) \_\_\_\_\_

### Assurance

L'association organisatrice « AFP Saint Cyprien » est assurée en responsabilité civile pour les dommages corporels et matériels. Ceci ne couvre pas toutes les éventualités : Nous recommandons à chaque participant de se couvrir avec une assurance complémentaire extra-scolaire intégrant une assistance pour la pratique des sports et activités de loisirs.

Je soussigné(e) ..... confie mon(mes) enfant(s) ..... à l'Association Familiale Protestante Saint Cyprien pendant l'accueil de loisirs du 22 au 26 octobre – les jours précisés ci-dessus. Je déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Je certifie que mes enfants sont à jour de leurs vaccins, et je m'engage à signaler tout problème médical au responsable de l'accueil de loisirs qui décidera s'il est possible de garder l'enfant.

J'accepte que des photos de mon enfant soient utilisées dans la communication de prochains événements similaires

**Ou**

Je ne préfère pas que des photos de mon enfant soient utilisées

Date :

Signature :

