

PHOTO

**ACTIVITES DE LOISIRS ET DE PLEIN AIR (2010)**

**Gymnase F.L.K**

28 rue Kersabiec

Tél : 02 97 83 81 64

Fille

Garçon

Maternel

Primaire

**N° Carte Libéville**

**Différents arrêts bus uniquement les vacances d'été**

**Nom de l'Enfant**.....

Prénom.....Né(e) le .....

Adresse.....

Ville..... Tél. dom.....

Ecole fréquentée : .....

Nom, Prénom des parents.....

ou du Tuteur légal : .....

Nombre de frères et sœurs.....

N°S.S. ou autre.....

Profession du père.....Tél. travail : (père)..... (mère)..... Tél Portable : .....

Employeur du père .....

Profession de la mère .....

Employeur de la mère.....

Régime Allocations Familiales.....

**N° Allocataire**.....

Mutuelle : organisme + N°.....

.....

Bénéficiaire de la CMU Oui  Non

**Si organisme de prise en charge : nom adresse ( cachet )**

.....

**RAMASSAGE EN CAR**

**Point de montée ou d'arrivée**

.....

**Heure (Kersabiec):**.....

.....

Point de descente ou de départ

.....

Nom de la personne majeure que

j'autorise à prendre mon enfant en

charge :.....

.....

.....

.....

.....

**PERIODE ENVISAGEE (cochez X)**

Année Scolaire	<b>Mercredis</b>		<b>Petites vacances :</b>						
			Tous.	Noël	Fév.	Pâq.			
Eté :	N° Semaine Juillet				N° Semaine Août				
	27	28	29	30		31	32	33	34

Organisme et Montant/jour.....

Aide CAF Azur: oui  non

**SANTE**

Voir fiche sanitaire de liaison ci-jointe (à remplir avec le carnet de santé de l'enfant)

Indiquez les problèmes particuliers concernant votre enfant (régime, traitement, maladie ( ex. asthme,

**si allergie :(joindre obligatoirement protocole),...)**

**Inscription et décharge**

Ayant pris connaissance du fonctionnement du centre, je soussigné :

.....

Responsable légal de l'enfant : .....

- Certifie exacts les renseignements portés sur la fiche.
- Décharge les organisateurs de toutes responsabilités en cas d'accident qui pourrait survenir en dehors des activités du centre auquel il est inscrit.
- Autorise les organisateurs à prendre toutes mesures nécessaires en cas d'urgence médicale.
- Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs en raison des soins engagés.
- Je m'engage à acheter les tickets journées pour la présence de mes enfants au centre.
- Autorise le FLK à prendre mon enfant en photo et à utiliser celle-ci dans le cadre d'une « expo » du CLSH , insertion journaux locaux, en page actualités du site vacances FLK :www.vacances-flk.com

OUI  NON

A .....Le.....

**Signature**

**Pièce jointe à ce formulaire :** Fiche sanitaire de liaison  
Inscription validée avec achats tickets au bureau  
(remboursement possible tickets si maladie (validité 2mois)

**Autorisez vous votre enfant à participer aux activités :**  
**nautiques** ?OUI  NON  **-équestres** ? OUI  NON

**Si oui :** Je soussigné (e) Me M.....déclare sur l'honneur que mon enfant .....est en possession du brevet de natation ou test d'aisance avec gilet de sauvetage.

**Signature**

A l'arrêt du bus, autorisez-vous votre enfant (âge primaire) à retourner seul à votre domicile ? :

OUI  NON

**Si oui : autorisation parentale :**

Je soussigné

(e).....

Autorise l'encadrement du FL.K. à laisser mon enfant

Nom .....Prénom..... seul à la descente du car

**SIGNATURE**