



Accueil de Loisirs Sans Hébergement

MONTFAUCON

Fiche de présence

Période : VACANCES JUILLET- ANNEE 2021

Enfant

Nom de famille : Prénom :

Date de naissance : ___/___/_____ (jj/mm/aaaa) Lieu de résidence :

L'enfant est autorisé à quitter le centre par ses propres moyens Oui Non

Père , Mère , Tuteur , Autre A préciser :

Nom : Prénom :

Fixe ___/___/___/___/___ Portable : ___/___/___/___/___

Merci de bien vouloir cocher les jours de présence de votre enfant

Date d'inscription vacances été

DATES	JOURNEE	REPAS	DATES	JOURNEE	REPAS
Semaine 1			20/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 2			Semaine 4		
12/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Semaine 3			30/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19/07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Tranche : Total de jour : Prix journée :

Montant total de la réservation : _____ Facture n° _____

Règlement par :

ATL (bons caf) : 3€ 4€ Chèque Espèces : ANCV : CESU : (-6ans)

Renseignement médicaux

L'enfant suit-il un traitement médical pendant le séjour ? Oui Non

Si oui, joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(boîte de médicaments dans leur emballage d'origine marquée au nom de l'enfant avec la notice)

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

Je soussigné M. Mmeresponsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

Fait à :le :

Signature :

L'inscription n'est DEFINITIVE qu'à réception du dossier complet et du règlement de votre enfant.

Réservation en prépaiement – Report ou remboursement sur justification (problème médical, faits graves...)

Justificatif à remettre impérativement à la directrice ou la secrétaire dans les 15 jours suivant l'absence

