



Ville de Bavilliers – CLUB ADOS
VACANCES D’AUTOMNE 2024
FICHE D’INSCRIPTION

NOM et Prénom : Age :

Adresse :

CP : Ville :

Bavillérois Extérieur

Type de restauration : Classique Sans porc Végétarien

Personne à prévenir en cas d'accident : ☎
📱

Adresse mail du responsable légal :

N° Allocataire CAF (obligatoire pour déduction des bons CAF) :

FAITES VOTRE CHOIX

POUR SIGNALER LA PRESENCE DE VOTRE ENFANT,
METTRE UNE CROIX DANS LA OU LES CASE(S) CORRESPONDANTE(S) A VOS BESOINS

JOURS	HORAIRES	Journée avec repas	Journée sans repas	½ journée avec repas*	½ journée sans repas*
Lundi 21/10	9h-17h				
Mardi 22/10	9h-17h				
Mercredi 23/10	9h-17h				
Jeudi 24/10	9h-17h				
Vendredi 25/10	9h-17h				

JOURS	HORAIRES	Journée avec repas	Journée sans repas	½ journée avec repas*	½ journée sans repas*
Lundi 28/10	9h-17h				
Mardi 29/10	9h-17h				
Mercredi 30/10	18h-00h				
Jeudi 31/10	FERME				
Vendredi 01/10					

* Préciser la tranche horaire choisie

Respect des horaires : Le personnel communal n'est pas habilité à assurer l'accueil des enfants en dehors des heures d'ouverture et les familles doivent respecter scrupuleusement ces horaires. **En cas d'abus flagrant dans le non-respect des horaires, l'enfant sera refusé à l'accueil de loisirs et les parents pourront être amenés à payer une amende.**

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur) accepte que (nom et prénom de l'enfant) participe aux activités organisées par le Club Ados et autorise l'équipe de Direction à faire pratiquer toutes les interventions médicales et chirurgicales d'urgence en cas de besoin immédiat selon les prescriptions du corps médical consulté. Je m'engage par ailleurs à rembourser le montant des frais médicaux.

Je reconnais avoir pris connaissance que la facturation aura lieu après la période de vacances, toute réservation sera facturée même en cas d'absence de l'enfant (sauf présentation d'un certificat médical)

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »