



Conditions de règlement

Le paiement, peut être effectué par prélèvement, par chèque, ou par espèce; dans ces 2 derniers cas à la trésorerie d'Ancenis, sous quinzaine dès réception de la facture qui vous sera envoyée.

Annulation du fait des familles : chaque absence non signalée entraînera la facturation de la prestation réservée, sauf cas de force majeure justifié. Art. f) b. du règlement intérieur.

Pièces à joindre

× Une fiche de renseignements par enfant dûment complétée et renseignée.

Autorisation Parentale

× Certificat médical / PAI en cas d'allergie.

Ayant pris connaissance des conditions de fonctionnement du centre de loisirs :

Je soussigné(e)....., responsable légal de l'enfant inscrit :

1. autorise mon enfant à participer aux différentes activités proposées par les organisateurs du centre de loisirs,
2. certifie exacts les renseignements portés sur cette fiche,
3. dégage les organisateurs de toute responsabilité pour tout accident qui pourrait survenir avant ou après les heures de fonctionnement du centre,
4. autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale,
5. dégage le SIVOM de toute responsabilité en cas de perte ou vol d'objets personnels (vêtements, bijoux, jouets, consoles de jeux...),
6. autorise mon enfant à partir seul à 17h30 (uniquement pour les enfants d'âge élémentaire)

OUI NON

7. Photo et image :

Les enfants sont régulièrement filmés ou pris en photo dans le cadre des activités. Sauf avis contraire exprimé par écrit, ces documents pourront être utilisés par le service dans des buts d'information ou

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

Date :/...../.....

Signature

de promotion (magazines, presses, affiches, tracts)

Service Enfance Jeunesse - Sivom du secteur de Riaillé - Angélique DOUAUD



ACCUEIL DE LOISIRS 3/10 ans du 22 Avril au 4 mai 2024

P
l
a
c
e
s
L
i
m
i
t
é
e
s

DOSSIER D'INSCRIPTION* ALSH

à déposer aux directrices des accueils périscolaires de votre commune jusqu'au **mercredi 18 Avril 18h45**

* A remplir en totalité si vous n'utilisez pas le service

Accueil Périscolaire de votre commune.

HORAIRES

- **Journée : 7h15/18h45** (arrivées et départs échelonnés: jusqu'à 9h30 le matin et à partir de 16h30 le soir)

- **1/2 journée :**

Matin sans repas : départ entre 11h30 et 11h45

avec repas : départ entre 13h30 et 14h

Après-midi sans repas : arrivée entre de 13h30 et 14h

avec repas : arrivée entre 11h30 à 11h45

2 lieux
d'accueils



Riaillé et
Joué Sur Er-

A.L.S.H. Riaillé: 02 40 97 86 19 | A.L.S.H. Joué-sur-Erdre: 02.28.24.80.52

mail : alshpetitesvacances@gmail.com

Service Enfance Jeunesse - Sivom du secteur de Riaillé - Angélique DOUAUD

- Rue Du Cèdre - 44440 Riaillé

Tél. : 02.28.01.89.19. E-mail : sej@sivom-secteur-riaille.com

Dates de présences au centre :

En fonction des places disponibles, mon enfant fréquentera le centre de :

(cochez le lieu souhaité)

RIAILLE (si vous résidez à Riaillé, Pannecé ou Teillé)

JOUÉ SUR ERDRE (si vous résidez à Joué-sur-Erdre ou Trans-sur-Erdre)

| | Journée repas | Matin | Après midi | Repas |
|-------------|---------------|-------|------------|-------|
| Lundi 22 | | | | |
| Mardi 23 | | | | |
| Mercredi 24 | | | | |
| Jeudi 25 | | | | |
| Vendredi 26 | | | | |

| | Journée repas | Matin | Après midi | Repas |
|------------|---------------|-------|------------|-------|
| Lundi 29 | | | | |
| Mardi 30 | | | | |
| Mercredi 1 | Férié | Férié | Férié | Férié |
| Jeudi 2 | | | | |
| vendredi 3 | | | | |

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

Pour rappel, votre inscription sera valide à condition que vos factures soient acquittées.

ATTENTION, les places sont limitées en fonction de la capacité d'accueil et du personnel d'encadrement conformément à la réglementation.

Pour connaître votre tarif, vous pouvez utiliser le tableau d'estimation des tarifs sur : www.sivom-secteur-riaille.com

Adresse mail pour échanger avec les familles :

alshpetitesvacances@gmail.com

Fiche individuelle de renseignements :

Merci de remplir l'intégralité.



Enfant :

NOM : PRENOM:

Date de naissance :/...../..... Sexe : M F Classe fréquentée : Maternelle Élémentaire

Responsable(s) de l'enfant :

NOM..... PRENOM:

Qualité père mère tuteur

Adresse:

Code postal : Commune :

☎ Domicile : } Portable :

Adresse e-mail :

Régime : Allocataire CAF MSA

N° allocataire (obligatoire): QF :

Téléphone professionnel (responsable 1): ☎ :

Téléphone professionnel (responsable 2): ☎ :

Situation familiale : célibataire vie maritale mariés séparés divorcés veuf(ve)

Nombre d'enfants à charge :

Personnes susceptibles d'être contactées et autorisées à venir chercher

Nom, prénom, qualité, Tél.....

Nom, prénom, qualité,

Informations médicales:

Tél.....

Nom, prénom, qualité, Tél.....

Vous pouvez joindre la photocopie du carnet de santé

Médecin traitant : Nom : ☎ :

Vaccinations : DTPolio Date vaccination :/...../..... Date dernier rappel :/...../.....