

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.
- × La photocopie des vaccins.
- × L'attestation d'assurance.
- × Certificat médical en cas d'allergie.

Autorisation Parentale

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'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 de promotion (magazines, presses, affiches, tracts).

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

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

Signature

Service Enfance Jeunesse du Sivom de Riaillé - Jason THEZENAS

SIVOM - Rue Du Cèdre - 44440 Riaillé

Tél. : 02.28.01.89.19. E-mail : serviceenfancejeunesse@orange.fr

ACCUEIL DE LOISIRS 3/10 ans du 11 au 22 Février

DOSSIER D'INSCRIPTION ALSH*

à déposer aux directrices des accueils périscolaires de votre commune jusqu'au mardi 29 janvier

**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 10h le matin et à partir de 17h00 le soir)

- **1/2 journée:**

Matin sans repas: jusqu'à 11h45

avec repas: jusqu'à 13h30 / 14h

Après-midi sans repas: à partir de 13h30 (max. 14h)

avec repas: de 11h30 à 11h45

P
l
a
c
e
s

L
i
m
i
t
é
e
s

2 lieux
d'accueils



Teillé et Joué-
sur-Erdre

A.L.S.H Teillé: 02.28.01.30.15 / A.L.S.H. Joué Sur Erdre: 02.28.24.80.52

mail: apspanece@gmail.com

Service Enfance Jeunesse du Sivom de Riaillé - Jason THEZENAS

SIVOM - Rue Du Cèdre- 44440 Riaillé

Tél. : 02.28.01.89.19. E-mail : serviceenfancejeunesse@orange.fr

Dates de présences au centre:

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

(cochez le lieu souhaité)

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

JOUÉ SUR ERDRE (si vous résidez à Joué Sur Erdre, Trans Sur Erdre ou Riaillé)

Minimum 3j ou 3 demies journées	Journée repas	Matin	Après midi	Repas
Lundi 11				
Mardi 12				
Mercredi 13				
Jeudi 14				
Vendredi 15				

Minimum 3j ou 3 demies journées	Journée repas	Matin	Après midi	Repas
Lundi 18				
Mardi 19				
Mercredi 20				
Jeudi 21				
Vendredi 22				

Tout dossier incomplet ne sera pas pris en compte.

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

Fiche individuelle de renseignements:

Merci de remplir l'intégralité.



Enfant :

NOM : PRENOM:

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

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 :

Employeur du père : ☎ :

Employeur de la mère : ☎ :

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 l'enfant en cas de problème ou d'absence des parents:

Nom, prénom, qualité, Tél.....

Nom, prénom, qualité, Tél. :

Nom, prénom, qualité, Tél.....

Informations médicales:

Vous pouvez joindre la photocopie du carnet de santé

Médecin traitant : Nom : ☎ :

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

ATTENTION: Pour toute allergie, alimentaire ou non, vous devez fournir un PAI ou un certificat médical précisant la nature de l'allergie et les conduites à tenir.

Informations médicales importantes nécessitant d'être signalées : *Contre-indications alimentaires, Allergies...*

.....

.....

.....