Mairie de DUN-SUR-AURON
18130
(Autrefois Dun-le-Roi)
Tél. 02 48 66 64 20

CENTRE DE LOISIRS MUNICIPAL DE DUN SUR AURON

Du 13 au 24 avril 2026 – De 3 ans à 15 ans

LE PRINTEMPS : MISSION RECUP'

À remettre exclusivement en Mairie avant le 25/03/2026 .

Passé ce délai, aucune inscription ne sera prise en compte.

Les inscriptions déposées dans la boîte aux lettres ne seront pas prises en compte.

ENFANT 1

NOM _____ PRENOM _____ F ☐ M ☐

DATE DE NAISSANCE ____/____/_____ AGE _____ ans Sortie Vélo Oui ☐ Non ☐ Veillée Oui ☐ Non ☐

13/4			14/4			15/4			16/4			17/4			20/4			21/4			22/4			23/4			24/4
M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	J

ENFANT 2

NOM _____ PRENOM _____ F ☐ M ☐

DATE DE NAISSANCE ____/____/_____ AGE _____ ans Sortie Vélo Oui ☐ Non ☐ Veillée Oui ☐ Non ☐

13/4			14/4			15/4			16/4			17/4			20/4			21/4			22/4			23/4			24/4
M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	J

ENFANT 3

NOM _____ PRENOM _____ F ☐ M ☐

DATE DE NAISSANCE ____/____/_____ AGE _____ ans Sortie Vélo Oui ☐ Non ☐ Veillée Oui ☐ Non ☐

13/4			14/4			15/4			16/4			17/4			20/4			21/4			22/4			23/4			24/4
M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	M	AM	J	J

½ journée pour les – de 7 ans : M = Matin AM = Après-midi - J = Journée

PARENT 1 ☐	Père ☐	Mère ☐	Tuteur	PARENT 2 ☐	Père ☐	Mère ☐	Tuteur
Nom - prénom :				Nom - prénom :			
Adresse **(adresse de facturation)** :				Adresse **(si différente du parent 1) :**			
Code postal :	Ville:			Code postal :	Ville:		
Tél port :				Tél port :			
Employeur :				Employeur :			
Tél travail :				Tél travail :			
Mail : @				Mail : @			
Nom et prénom de l'allocataire CAF :				n° CAF :			

Si parents indisponibles, personnes à prévenir en cas d'urgence et/ou autorisées à prendre en charge l'enfant.

	1	2	3
Nom/Prénom			
Qualité			
Téléphone			

En cas d'absence, l'enfant sera conduit à l'hôpital le plus proche par les Sapeurs-Pompiers.

A _____, le ___/___/___ **Signature accompagnée de la mention "lu et approuvé"**