

VILLE DE VALDOIE - ACCUEIL DE LOISIRS

VACANCES NOËL 2025 - FICHE D'INSCRIPTION

1^{ère} inscription de l'année à notre ALSH
➔ **REmplir un dossier d'inscription**

Date limite d'inscription le vendredi 5 décembre 2025.

Attention !!! Si vous bénéficiez des aides aux temps libres de la CAF,
veuillez nous faire parvenir si vous ne l'avez pas encore fait la feuille de 2025 à l'inscription

NOM et prénom de l'enfant :

Né(e) le

Adresse :

Code postal : Ville :

Valdoyen

Extérieur

Catégorie d'âge : Maternelle CP à CE2 CM1 / CM2

Personne à prévenir en cas d'accident :

..... ☎

Êtes-vous allocataire de la caisse d'allocations familiales ? Oui Non

N° allocataire CAF (**obligatoire**) :

Quotient familial (**obligatoire**) :

Problème(s) de santé de l'enfant (allergies, asthme ...) :

À chaque venue au centre, votre enfant doit être muni d'une bouteille d'eau, d'un goûter pour le matin (fruit, compote, céréales...), d'une **tenue de sport adaptée à l'activité**, le tout dans un sac à dos marqué à son nom.

Le programme des activités sera disponible à partir du 01/12/2025

Le montant des prestations des vacances sera intégré dans votre facture de décembre 2025.

VILLE DE VALDOIE - ACCUEIL DE LOISIRS

VACANCES NOËL 2025 - FICHE D'INSCRIPTION

1^{ère} inscription de l'année à notre ALSH
➔ **REmplir un dossier d'inscription**

Date limite d'inscription le vendredi 5 décembre 2025.

Attention !!! Si vous bénéficiez des aides aux temps libres de la CAF,
veuillez nous faire parvenir si vous ne l'avez pas encore fait la feuille de 2025 à l'inscription

NOM et prénom de l'enfant :

Né(e) le

Adresse :

Code postal : Ville :

Valdoyen

Extérieur

Catégorie d'âge : Maternelle CP à CE2 CM1 / CM2

Personne à prévenir en cas d'accident :

..... ☎

Êtes-vous allocataire de la caisse d'allocations familiales ? Oui Non

N° allocataire CAF (**obligatoire**) :

Quotient familial (**obligatoire**) :

Problème(s) de santé de l'enfant (allergies, asthme ...) :

À chaque venue au centre, votre enfant doit être muni d'une bouteille d'eau, d'un goûter pour le matin (fruit, compote, céréales...), d'une **tenue de sport adaptée à l'activité**, le tout dans un sac à dos marqué à son nom.

Le programme des activités sera disponible à partir du 01/12/2025

Le montant des prestations des vacances sera intégré dans votre facture de décembre 2025.

**METTRE UNE CROIX DANS LA OU LES CASE(S) CORRESPONDANTE(S)
À VOS BESOINS** (les cases grisées ne peuvent être cochées)

Attention !!! Toute inscription vaut validation et sera déduite uniquement sur présentation d'un justificatif

	J.C. avec repas (8h30-17h)	J.C. sans repas (8h30-12h / 13h30-17h)	Accueil matin (7h30-8h30)	Matin (8h30-12h)	Repas (12h- 13h30)	Après- midi (13h30- 17h)	Accueil soir (17h-18h)
Lundi 22/12							
Mardi 23/12				56 places de disponible			
Mercredi 24/12							Fermeture à 16h

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur)
accepte que (nom, prénom de l'enfant)..... participe
aux activités organisées par l'accueil de loisirs 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 soussigné(e) (père, mère, tuteur)

- **autorise mon enfant à partir seul après les activités** Oui Non
- **autorise la diffusion de photos en interne** Oui Non
- **autorise la diffusion de photos en externe** Oui Non

SIGNATURE :

**METTRE UNE CROIX DANS LA OU LES CASE(S) CORRESPONDANTE(S)
À VOS BESOINS** (les cases grisées ne peuvent être cochées)

Attention !!! Toute inscription vaut validation et sera déduite uniquement sur présentation d'un justificatif

	J.C. avec repas (8h30-17h)	J.C. sans repas (8h30-12h / 13h30-17h)	Accueil matin (7h30-8h30)	Matin (8h30-12h)	Repas (12h- 13h30)	Après- midi (13h30- 17h)	Accueil soir (17h-18h)
Lundi 22/12							
Mardi 23/12				56 places de disponible			
Mercredi 24/12							Fermeture à 16h

Je soussigné(e) (père, mère, tuteur)
accepte que (Nom, prénom de l'enfant)..... participe
aux activités organisées par l'accueil de loisirs 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 soussigné(e) (père, mère, tuteur)

- **autorise mon enfant à partir seul après les activités** Oui Non
- **autorise la diffusion de photos en interne** Oui Non
- **autorise la diffusion de photos en externe** Oui Non

SIGNATURE :