

ACCUEIL DE LOISIRS

Inscription à la journée ou la 1/2 journée, par téléphone, email ou directement sur place

PIÈCES À FOURNIR :

- Fiche de renseignements remplie (ci-jointe)
- Photocopies des vaccinations
- N° d'allocataire CAF (pour les résidents de Tourtour et de Villecroze.)
- La fiche de renseignements et la photocopie des vaccins peuvent nous être envoyées :
 - Via la poste.

LES DIABLOTINS
CHEMIN DE BEAUVESET
83690 TOURTOUR

- Via Email : diablotins.tourtour@gmail.com

- Via le site internet : <https://lesdiablotins.org/contact>

TARIF & RÈGLEMENTS : (SUR DEMANDE)

Cotisation annuelle de 12€ par famille

Les tarifs sont établis en fonction d'un barème sur la base du quotient familial pour les résidents de Tourtour et de Villecroze.

Un tarif unique à la journée est appliqué pour les non-résidents.

Possibilité de règlements par chèque, espèce ou virement.

Ci-joint un RIB mis à votre disposition afin de faciliter le paiement.

OUVERTURE ET HORAIRES :

La journée	de 8h30 à 17h45
Accueil échelonné	de 8h30 à 9h45
Matin sans repas	de 8h30 à 12h00
Matin et repas	de 8h30 à 14h00
Après-midi	de 14h à 17h45
Départ échelonné	de 17h00 à 17h45

NOUS CONTACTER :

Stéphanie : 06.26.99.57.32

Camille : 06.40.32.41.98

Centre : 04.94.76.73.50

diablotins.tourtour@gmail.com



RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Ce relevé est destiné à tout organisme souhaitant connaître vos références bancaires pour domicilier des virements ou des prélèvements sur votre compte.

PROVENCE COTE D AZUR

30/11/2014

C.A. AUPS

00386

Tel. 0000003225 **Fax.** 0494700703

Intitulé du Compte : ASSOC. LES DIABLOTINS

CHEMIN DE BEAUVESET

83690 TOURTOUR

DOMICILIATION

Code établissement	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB
19106	00012	43626138781	72

IBAN (International Bank Account Number)

FR76 1910 6000 1243 6261 3878 172

Code BIC (Bank Identification Code) - Code **swift**:

AGRIFRPP891

ENFANT

2/2

NOM ET PRÉNOM DE L'ENFANT :

DATE DE NAISSANCE :

SEXE :

PARENTS

NOM ET PRÉNOM DU PÈRE :

ADRESSE MAIL :

N°. DE TÉLÉPHONE :

NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE :

ADRESSE MAIL :

N°. DE TÉLÉPHONE :

RESPONSABLE LÉGAL

NOM ET PRÉNOM :

ADRESSE :

N°. DE TÉLÉPHONE :

EN CAS D'URGENCE

NOM ET PRÉNOM :

N°. DE TÉLÉPHONE :

PERSONNE(S) AUTORISÉ(E)S À VENIR CHERCHER L'ENFANT

NOM(S) ET PRÉNOM(S) :

N°. TÉLÉPHONE :

JE, SOUSSIGNÉ, LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT, AUTORISÉ :



RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

NOM DU MÉDECIN HABITUEL :

ADRESSE, CODE POSTAL, VILLE :

N°. DE TÉLÉPHONE :

Vaccination

- Photocopie du Carnet de Santé (avec le nom de l'enfant) OUI NON
- Certificat médical (non obligatoire) OUI NON

Renseignements sur les allergies et/ou maladies graves

JE SOUSSIGNÉ, LE RESPONSABLE LÉGAL DE L'ENFANT,

- Certifie l'exactitude des renseignements donnés ci-dessus.
- Certifie que mon enfant ne présente pas de contre-indication aux activités et l'autorise à y participer.
- Autorise le(s) responsable(s) de l'ALSH en cas de maladie ou d'accident nécessitant une intervention urgente, à prendre toutes les mesures nécessaires à sa prise en charge, selon les prescriptions du corps médical consulté.. (y compris hospitalisation, anesthésie et intervention chirurgicale)
- Autorise le(s) responsable(s) de l'ALSH en cas de maladie ou accident nécessitant une intervention urgente, à reprendre en charge l'enfant après cette dernière.
- Autorise mon enfant à être transporté dans les véhicules ou les différents moyens de transport utilisés par l'ALSH.
- Autorise l'utilisation des données audiovisuelles de mon enfant prises par le(s) responsable(s) de l'ALSH sur les supports de l'ALSH y compris sur Internet.

LIEU, DATE ET SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL :

Signé à :

