

# 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](mailto: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](mailto: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
<b>19106</b>	<b>00012</b>	<b>43626138781</b>	<b>72</b>

**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<br>(avec le nom de l'enfant) | OUI | NON |
| - Certificat médical<br>(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 :

