

FICHE D'INSCRIPTION A.C.M.
VACANCES HIVER 2021

ATTENTION :

Les inscriptions auront lieu en Mairie du **Lundi 1er au vendredi 05 Février 2021.**

- Du lundi 1er au jeudi 04 Février 2021 de 8h00 à 12h00 et de 13h30 à 17h30
- Le vendredi 05 Février de 8h00 à 12h00

Merci de bien mentionner vos coordonnées téléphoniques

Je soussigné(e) :

| | Mère | Père |
|----------------------|------|------|
| Nom / Prénom | | |
| Adresse | | |
| Numéros de téléphone | | |

Souhaite l'inscription de mon (mes) enfant(s) :

| Nom et prénom | Age | Ecole | Maternelle | Primaire |
|---------------|-----|-------|--------------------------|--------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Cocher la (les) semaine(s) d'inscription souhaitée(s) :

| Nom et prénom du (des) enfant(s) | Semaine du 22 au 26 Février | | Semaine du 1 ^{er} au 05 Mars | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|
| | Les 5 jours | 4 jours (sans le mercredi) | Les 5 jours | 4 jours (sans le mercredi) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Je soussigné(e)responsable de (des) enfant(s) ci-dessus cité(s) :

Autorise le directeur du centre ACM à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'accident, faire appel aux services des pompiers et éventuellement au médecin disponible le plus proche.

Autorise mon (ou mes) enfant (s) à rentrer seul (s) à la maison à la fin du centre A.C.M.

N'autorise PAS mon (ou mes) enfant (s) à rentrer seul (s) à la maison à la fin du centre A.C.M.

Autorise-la ou les personne(s) désignée(s) ci-dessous, à venir chercher mon enfant (mes enfants) à la fin la fin du centre A.C.M.

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Nom : | Prénom : |
| Tél. domicile : | Tél. Portable : |
| Lien de parenté avec l'enfant : | |

| | |
|---------------------------------|-----------------|
| Nom : | Prénom : |
| Tél. domicile : | Tél. Portable : |
| Lien de parenté avec l'enfant : | |

*Les personnes habilitées à venir chercher l'enfant devront se munir obligatoirement d'une pièce d'identité avec photo.

Déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du centre ACM de Saint-Jeannet et m'engage à prendre toutes les dispositions pour le respecter.

Fait à

Le

Signature du représentant légal
Précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »