

4 – RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Mère		Père
	Nom Prénom	
	Adresse	
	Code postal– Ville	
	Téléphone domicile	
	Téléphone travail	
	Téléphone portable	
	Profession	
	Nom de l'employeur	
	Adresse de l'employeur	

Nom responsable légal de l'enfant :

N° Sécurité Sociale :

Adresse du centre payeur :

N° C.A.F, MSA ou autre organisme :

Nom assurance responsabilité civile :

Nombre d'enfants :

L'enfant participera au Centre Aéré :

Dates	Tarifs	Total
Hiver 2018 :		
<input type="checkbox"/> 1ère semaine du 26/02 au 02/03/18	<input type="checkbox"/> 45 € /semaine€
<input type="checkbox"/> 2ème semaine du 05/03 au 09/03/18	<input type="checkbox"/> nbr journée sans sortie à 12 €€
<input type="checkbox"/> journée sans sortie à 12 € date(s) :	<input type="checkbox"/> nbr journée avec sortie à 15 € €
<input type="checkbox"/> journée avec sortie à 15 € date(s) :	10% à déduire pour le 2 ^{ème} enfant de la même famille, 15 % pour le 3 ^{ème}	Déduction :€ Total :€
<input type="checkbox"/> Adhésion et assurance A ne régler qu'une fois par année scolaire	<input type="checkbox"/> 8 € <input type="checkbox"/> déjà réglé€
COÛT TOTAL:	€
Aides à déduire:€€
<input type="checkbox"/> C.A.F <input type="checkbox"/> Autre		
NET À PAYER:	€

Mode de règlement: Payable en: 1 fois 2 fois 3 fois

Espèces : €

Chèques bancaires (Ordre : « CAL LEÏ CIGALOUNS ») €

– VACCINATIONS (à fournir 1 fois par année scolaire)

(Se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccination de l'enfant)

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
				BCG	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION

DÉJÀ FOURNI

3 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

L'enfant suit-il un traitement médical ? oui non

Si oui : joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice)
Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	SCARLATINE
OUI	OUI	OUI	OUI
NON	NON	NON	NON
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS
OUI	OUI	OUI	OUI
NON	NON	NON	NON
RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>			