

CHAURAY

ACCUEIL DE LOISIRS- PETITES VACANCES

ENFANT	TRANCHE D'AGE
Nom:.....	3/5 ans (Maternelle) ☐
Prénom:.....	
Date de Naissance:.....	6/13 ans (Elémentaire et Collège) ☐
Classe:.....	
Adresse:.....	12/17 ans (Collège) ☐
Téléphone en cas d'urgence:.....	

SEMAINE	Matin	Repas	Après midi
Du 20 au 24 Octobre 2025	☐	☐	☐
Du 27 au 31 Octobre 2025	☐	☐	☐

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT

Rentre Seul

☐

Rentre en famille

☐

Autre

☐

Précisez

REMARQUES DIVERSES :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

AUTORISATION PARENTALE

INSCRIPTION :

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame

.....

Autorise mon fils ou ma fille à participer à l'accueil de loisirs organisé par la Commune de Chauray, **du 20 au 24 Octobre 2025 et/ou du 27 au 31 Octobre 2025.**

En cas de nécessité, j'autorise le responsable du stage à faire conduire mon fils ou ma fille à l'hôpital le plus proche pour lui donner les soins nécessaires.

Ayant eu connaissance du règlement intérieur et des horaires d'accueil de mon enfant, déclare que je m'assurerai de la présence effective des éducateurs, ou que je déchargerai de toute responsabilité les responsables des accueils de loisirs.

Accident matériel et corporel :

En cas d'accident, le responsable du stage prendra toutes dispositions appropriées.

Je m'engage à faire une déclaration d'accident en cas de dommage matériel provoqué par mon enfant.

Fait à Chauray, le

Signature