



Documents à fournir (Commune Nouvelle) :
Justificatif de domicile
N° Allocataire CAF ou dernier avis d'imposition

L'été des enfants

agrée centre social par la CAF 74

ADHESION Individuelle Famille

PERE

Nom et Prénom Né le.....

Adresse.....

Code postal Ville.....

Profession..... Tel.....

MERE

Nom et Prénom Née le.....

Adresse.....

Code postal Ville.....

Profession..... Tel.....

ENFANTS

	NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE	ECOLE	CLASSE
1						
2						
3						
4						
5						

Je souhaite recevoir les informations de l'association par mail concernant :
Les Infos Famille/accueil de loisirs Les activités

(Ecrire en majuscules) Mail :

Juillet	Journée	Matin	Repas	Après-midi	Soirée
10/07					
11/07					
12/07					
13/07					
17/07					
18/07					
19/07					
20/07					
21/07					
24/07					
25/07					
26/07					
27/07					
28/07					
AOUT					
31/07					
01/08					
02/08					
03/08					
04/08					
07/08					
08/08					
09/08					
10/08					
11/08					
16/08					
17/08					
18/08					
21/08					
22/08					
23/08					
24/08					
25/08					
28/08					
29/08					
30/08					
31/08					
01/09					
TOTAL					

Situation financière et régime :

Régime général Régime agricole Autres

Numéro d'allocataire C.A.F. :

Quotient C.A.F. :
ou par défaut votre dernier avis d'imposition

Coût Total

Adhésion

Cotisation

Règlements :

Bon CAFx12€ Montant€

C.B Montant€

Espèces Montant€

Chèque Vacances/Coupons Sports Montant :€

Chèques
Le/...../..... Montant :€
Le .../...../..... Montant :€
Le .../...../..... Montant :€

Chèque caution Motif..... Montant :€

J'autorise :

L'association à publier les photos de mon enfant prises dans le cadre des activités (presse, plaquette annuelle...)

Oui Non

L'association à véhiculer mon enfant en minibus, transport en commun ou exceptionnellement en voiture particulière

Oui Non

Mon enfant à quitter seul l'association après son activité.....Oui Non

Personne autorisée à le récupérer

Tel

Je soussigné(e).....certifie que mon enfant est apte à participer aux activités sportives (contrôle de santé sous la responsabilité des parents). Je dégage l'association de toute responsabilité en cas de problème médical.

Fait à Annecy le :

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »