

<b>H</b> iver	<b>P</b> rintemps	<b>E</b> té	<b>T</b> ous	<b>N° Dossier</b>
			CHALLANDAIS	CS
			NON CHALLANDAIS	

**NOM Prénom de l'ALLOCATAIRE**

**N° Tél**

**QF:**

**CCAS -700€**

**N° Allocataire-CAF-MSA**

.....

.....

.....

.....

**Nom -Prénom de l'enfant** .....

**DATE NAISSANCE** .....

Dates	L	M	M	J	V	Je certifie que mon enfant est en bonne santé	oui	non
15/07 - 19/07						Coût 1er enfant		
22/07 - 26/07								
29/07 - 02/08								
05/08 - 09/08								
12/08 - 16/08								
19/08 - 23/08								
26/08 - 30/08								
<b>TOTAL JOURS</b>						CS		

**Pericentre (7h30-9h00 / 17h00-19h00)**  
 le matin     le soir

CS

Horaire arrivée ....

Heure de départ ..

**A**

**Nom -Prénom de l'enfant** .....

**DATE NAISSANCE** .....

Dates	L	M	M	J	V	Je certifie que mon enfant est en bonne santé	oui	non
15/07 - 19/07						Coût 2ème enfant		
22/07 - 26/07								
29/07 - 02/08								
05/08 - 09/08								
12/08 - 16/08								
19/08 - 23/08								
26/08 - 30/08								
<b>TOTAL JOURS</b>						CS		

**Pericentre (7h30-9h00 / 17h00-19h00)**  
 le matin     le soir

CS

Horaire arrivée ....

Heure de départ ..

**B**

**Nom -Prénom de l'enfant** .....

**DATE NAISSANCE** .....

Dates	L	M	M	J	V	Je certifie que mon enfant est en bonne santé	oui	non
15/07 - 19/07						Coût 3ème enfant		
22/07 - 26/07								
29/07 - 02/08								
05/08 - 09/08								
12/08 - 16/08								
19/08 - 23/08								
26/08 - 30/08								
<b>TOTAL JOURS</b>						CS		

**Pericentre (7h30-9h00 / 17h00-19h00)**  
 le matin     le soir

CS

Horaire arrivée ....

Heure de départ ..

**C**

**A remplir par le Bureau**

Documents à joindre	
Fiche familiale de renseignements	
Justif QF CAF-CMSA	
Autorisations parentales	
Carte d'adhérent 23,40 €	
Fiche Sanitaire Signée	
Copie des vaccins	
Droit à l'image	
Copie Test Anti-Panique	
Attestation de séjour	

	<b>TOTAL SEJOUR</b>	<b>CENTRE SPORTIF</b>
		<b>A + B + C</b>
	<b>SOUS TOTAL</b>	
	Réduction	
	Frais dossier	
	Majorations	
	<b>TOTAL</b>	
	Carte d'Adht	

Traitement dossier	
Contrôle	
Synergie	
Modif.Syn.	

.....

Règlement Centre Sportif	
Montant chèque	
Montant CHQ Vac	
Montant Espèces	

**Fait le :**

**Signature du représentant légal :**

**Observations :** Nom de la personne ayant établi le chèque si différente de l'allocataire

autorise l'envoi de mes factures Accueil de Loisirs par mail à: \_\_\_\_\_