



DEMANDE D'INSCRIPTIONS ALSH « PASS-ÂGE »

Vacances de printemps 2024

Je, soussigné(e), agissant en tant que représentant légal, père, mère, de

....., né(e) le, scolarisé en classe de..... sur

l'établissement scolaire, demande l'inscription de celui-ci sur le centre de loisirs

réservé aux pré-adolescente « PASS-ÂGE », sur les dates suivantes (*):

| LUNDI 08/04 | MARDI 09/04 | MERCREDI 10/04 | JEUDI 11/04 | VENDREDI 12/04 |
|--|---|--|---|---|
| <p><u>Matin</u> Création manuelle de ton choix</p> <p><u>Après-midi</u> Jeux sportifs en extérieur</p> | <p><u>Matin</u> Atelier Jardinage de saison en lien avec la Maison des Habitants</p> <p><u>Après-midi</u> Sortie accrobranche</p> | <p><u>Matin</u> Jeu de société</p> <p><u>Après-midi</u> Atelier cuisine en lien avec la Maison des Habitants</p> | <p><u>Matin</u> Crée ta propre BD + jeux libres</p> <p><u>Après-midi</u> Sortie cinéma (film à définir)</p> | <p><u>Matin</u> Confection de muffins et de pancakes pour le goûter</p> <p><u>Après-midi</u> Jeux mutualisés avec le CAJ + Goûter partagé</p> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ou

Au forfait Semaine (je m'engage à ce que mon enfant soit présent tous les jours) (*)

Par défaut la réservation sera posée sur la journée **avec** repas,

Veuillez préciser ci-dessous si votre enfant suit un régime alimentaire particulier :

OUI

NON

Précisez la nature de ce régime :

Si les restrictions alimentaires ne sont pas médicales, le choix de respecter ou non ce régime sera laissé à l'appréciation de votre enfant

Veuillez préciser ci-dessous si votre enfant bénéficie d'un P.A.I. :

OUI

NON

Précisez la nature la pathologie :

MERCI de fournir la copie du PAI, ainsi qu'une trousse de secours adaptée à la pathologie de votre enfant.

Je note qu'une confirmation me sera envoyée après le mardi 30/01/2024 par mail pour valider l'inscription, et qu'une fois validée, à défaut de présentation d'un justificatif d'absence dans les 5 jours, les jours réservés seront facturés.

(*) cocher la case correspondante : soit le(s) jour(s) souhaité(s), soit le forfait semaine

Fait à :, le :

Signature du responsable :