



Autorisation de période

Nom de l'enfant :		Prénom de l'enfant :			
Numéro de téléphone :					
Année de naissance concernée*					
Maternelle		Primaire		Jeunesse	
<input type="checkbox"/> 2017	<input type="checkbox"/> 2015	<input type="checkbox"/> 2014	<input type="checkbox"/> 2011	<input type="checkbox"/> 2009	<input type="checkbox"/> 2005
<input type="checkbox"/> 2016		<input type="checkbox"/> 2013	<input type="checkbox"/> 2010	<input type="checkbox"/> 2008	<input type="checkbox"/> 2004
		<input type="checkbox"/> 2012		<input type="checkbox"/> 2007	<input type="checkbox"/> 2003
				<input type="checkbox"/> 2006	

Attention les enfants nés en 2017 doivent avoir 3 ans révolus pour fréquenter l'A.C.M.

PÉRIODE SOUHAITÉE						
PÉRIODE			FORMULES *		PÉRI-CENTRE*	
			Formule 1 8h30 à 17h00	Formule 2 10h00 à 17h00	Péri Matin 7h30 à 8h30	Péri Soir 17h00 à 18h00
Semaine 1	Du 19 au 23 octobre	5 jours				
Semaine 2	Du 26 au 30 octobre	5 jours				

* cochez la case correspondante

Personnes à prévenir en cas d'urgence pendant la période cochée ci-dessus.	Noms - Prénoms	Numéro de tel	Lien avec l'enfant
Autorisation repartir seul de l'A.C.M. :	<input type="checkbox"/> Autorisé à repartir seul <input type="checkbox"/> non-autorisé à repartir seul		
Personnes autorisé(e)s à reprendre l'enfant en dehors des parents :	Noms - Prénoms	Numéro de tel	Lien avec l'enfant

➤ DECLARATION DE LA OU DES PERSONNE(S) EN CHARGE DE L'ENFANT :

- Je soussigné(e).....responsable de l'enfant,
- Déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche,
 - Autorise mon enfant à participer à toutes les activités du centre,
 - M'engage à rembourser les frais liés aux dégradations volontaires occasionnées par mon enfant,
 - Déclare avoir pris connaissance du fonctionnement du centre et l'accepte dans son intégralité.
 - Autorise les responsables des ACM de Lallaing à prendre toutes les mesures nécessaires pour mon enfant en cas d'urgence.

Fait à : Le :Signature : (obligatoire)