



Communauté de Communes de la Plaine du Nord Loiret

1 rue de Pithiviers

45480 BAZOCHES LES GALLERANDES

Téléphone 02 38 39 45 55

Courriel : [alsh.ouarville@cc-plaine-nord-loiret.fr](mailto:alsh.ouarville@cc-plaine-nord-loiret.fr)

## ACCUEIL DE LOISIRS SANS HEBERGEMENT D'OUTARVILLE

Rue des Ecoles - 45480 OUTARVILLE

## VACANCES D'AUTOMNE 2017 DOSSIER INSCRIPTION

POUR LES HABITANTS D'OUTARVILLE ET SES COMMUNES ASSOCIEES, ANDONVILLE, BOISSEAUX,  
ERCEVILLE, LEOUVILLE, CHARMONT EN BEAUCE

**A RETOURNER AVANT LE VENDREDI 13 OCTOBRE 2017  
A LA COMMUNAUTE DE COMMUNES DE LA PLAINE DU NORD  
LOIRET 1 RUE DE PITHIVIERS 45480 BAZOCHES LES GALLERANDES**

PARENTS :

Père :

Nom et Prénom .....

Adresse .....

Tél domicile : ..... Tél Travail : ..... Mobile : .....

Mail : .....

Mère :

Nom et Prénom .....

Adresse .....

Tél domicile : ..... Tél Travail : ..... Mobile : .....

Mail : .....

**QUOTIENT FAMILIAL OBLIGATOIRE :** .....

**N° ALLOCATAIRE CAF OBLIGATOIRE (7 chiffres + 1 lettre) :** .....

Nom-Prénom de l'enfant : .....

Né(e) le : .....

Ecole fréquentée : ..... Classe : .....

## VACANCES AUTOMNE 2017

SOUHAITE INSCRIRE MON ENFANT (cocher les jours de présence)

JOURNEE COMPLETE 7 H - 19 H	LUNDI 23 OCTOBRE	MARDI 24 OCTOBRE	MERCREDI 25 OCTOBRE	JEUDI 26 OCTOBRE	VENDREDI 27 OCTOBRE

JOURNEE COMPLETE 7 H - 19 H	LUNDI 30 OCTOBRE	MARDI 31 OCTOBRE	MERCREDI 1 NOVEMBRE	JEUDI 2 NOVEMBRE	VENDREDI 3 NOVEMBRE
			Férié		



Personne à prévenir en cas d'absence des parents :

Nom : ..... Prénom : .....

N° de Téléphone : .....

Nom du médecin traitant : .....

N° de Téléphone : .....

En cas d'urgence, l'enfant sera conduit à l'hôpital le plus proche

Personne autorisée à prendre l'enfant au Centre en cas d'empêchement des parents :

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : .....

N° de Téléphone : .....

Nom : ..... Prénom : ..... Qualité : .....

N° de Téléphone : .....

Je soussigné(e)....., a bien pris connaissance du règlement intérieur fourni avec ce dossier d'inscription :

OUI  NON

A....., le.....

Signature du responsable légal :

Je soussigné(e)....., responsable de l'enfant ..... , autorise l'accueil de loisirs d'Outarville à reproduire ou présenter la ou les photographies et / ou vidéos prises dans le cadre d'activités et / ou de sorties et représentant mon enfant.

OUI  NON

A....., le.....

Signature du responsable légal :