



**IMPORTANT POUR TROINEX :** Cette année, la Mairie de Troinex acceptera de subventionner seulement les résidents fiscaux de sa commune.

Le Centre aéré de Compesières se réserve le droit d'annuler une semaine en cas d'inscriptions insuffisantes.

**ATTENTION : UN BULLETIN PAR ENFANT ENTIEREMENT COMPLETE ET ENVOYE à Mme Myriam GAUD, 38 rte de Foliaz – 1257 Croix de Rozon d'ici le 15 mars 2024**

**Seules les inscriptions reçues par courrier postal seront prises en compte**

**ENFANT :**

NOM.....PRENOM : .....

ADRESSE : .....

CODE POSTAL : ..... LOCALITE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....**(5 ANS REVOLUS FIN JUIN 2024)**

ETABL. SCOLAIRE : ..... DEGRE : .....

	Père	Mère
NOM		
PRENOM		
PROFESSION		
EMPLOYEUR		
TEL. PROF.		
TEL. PORTABLE		
E-MAIL		

Merci d'indiquer la personne à contacter en cas d'urgence si autre que père / mère :

.....

Veillez cocher la/les semaine(s) choisie(s) :

		Semaines			Lieu
<input type="checkbox"/>		01 juillet	au 05 juillet	(5 -12 ans)	Paroisse de Troinex
<input type="checkbox"/>		08 juillet	au 12 juillet	(5 -12 ans)	Paroisse de Troinex
<input type="checkbox"/>		05 août	au 09 août	(5 - 12 ans)	Hangar Compesières
<input type="checkbox"/>		12 août	au 16 août	(5 - 12 ans)	Hangar Compesières

Vous recevrez par courrier, au plus tard 3 semaines après la clôture des inscriptions, une confirmation de votre demande ainsi qu'un bulletin de versement. **C'est votre paiement qui confirmera l'inscription de votre enfant.**

### COÛT DES INSCRIPTIONS : Tarif 2016 (FASe) (renseignement obligatoire)

Veillez cocher la tranche du revenu mensuel brut de votre groupe familial. L'information donnée pourra être vérifiée par l'administration de votre commune.

cochez ici ↓	Revenu mensuel brut du groupe familial		1 enfant inscrit	2 enfants inscrits	3 enfants inscrits
	de	à			
	moins de	2'500	50	90	120
	2'501	3'500	60	110	150
	3'501	4'500	75	140	195
	4'501	5'500	90	170	225
	5'501	7'000	105	200	270
	7'001	8'500	130	250	360
	8'501	11'500	175	340	495
	11'501	14'500	215	420	615
	14'501	17'500	250	490	720
	plus de	17'501	270	530	780
<b>+10. - supplémentaires à titre de cotisation annuelle par famille</b>					

Nom de l'assurance maladie/accident : .....

Nom de l'assurance RC : .....

Médecin traitant : ..... Tél : .....

Date dernier rappel vaccin tétanos (selon carnet vaccination) : .....

**Allergies, maladies, médicaments, régime alimentaire spécial et autres observations :**

.....

Votre enfant sait-il nager ?	OUI	NON
J'autorise mon enfant à rentrer seul à la fin de la journée :	OUI	NON
Je viendrai chercher mon enfant à la fin de chaque journée :	OUI	NON

---

**EN CAS D'ANNULATION :**

**L'annulation devra être adressée par courrier recommandé à l'adresse de l'association du centre aéré de Compesières.**

**Un remboursement sera possible que si la place vacante aura pu être réattribuée.**

**En cas de maladie, un certificat médical sera exigé.**

**Toutefois, moins de 30 jours avant le début du centre aéré, la totalité du montant de l'inscription sera due.**

---

Je soussigné(e) déclare inscrire mon enfant au centre aéré de Compesières.

J'ai rappelé à mon enfant qu'il doit respecter les consignes données par le personnel d'encadrement et les règles de prudence habituelles.

En cas de dommages matériels causés par mon enfant, pendant les horaires du centre aéré de Compesières, je suis responsable des frais de réparation que cela pourrait entraîner.

En cas d'urgence médicale, j'autorise l'animateur(trice) et les moniteurs(trices) du Centre aéré de Compesières à prendre toutes les mesures nécessaires à la santé de mon enfant, y compris celles préconisées par le médecin consulté.

**Signature du représentant légal :** .....

**Prénom & Nom :** .....

**Lieu et date :** .....