Tout le linge de votre enfant devra obligatoirement être marqué.

<u>Votre enfant prendra t-il le transport collectif</u> ? (1)

- A l'aller ☐ **OUI** ☐ **NON**

- Au retour ☐ **OUI** ☐ **NON**

<u>Avez-vous des bons CAF</u> ? (1) **(Joindre l'original au dossier)**

☐ **OUI** ☐ **NON**

Si vous bénéficiez d'une autre aide, nous joindre les documents, certains organismes font des versements directs.

JOINDRE PAR FAMILLE <u>TROIS ENVELOPPES TIMBREES SANS ADRESSE</u>

Recommandation de l'organisme,

ou du pasteur si vous fréquentez une Eglise.

NOM (2) : . . . . . *Signature :* . . . . . .

EGLISE DE : . . . . . *Téléphone :* . . . . . .

Mail : . . . . . **@** . . . . . .

J'ai pris bonne note des documents ci-joints. Je m'engage à rembourser à la colonie les frais médicaux et annexes dont elle aurait fait l'avance. J'accepte que, sous la responsabilité du directeur, mon (mes) enfant(s) soi(en)t transporté(s) en voiture en cas de besoin. Je donne mon accord à l'Association Enfance et Jeunesse pour qu'à l'occasion des diverses activités du centre de vacances, mon enfant puisse être photographié ou filmé à visage découvert et avec sa voix. J'autorise l'association à diffuser le ou les documents ainsi élaborés pour faire connaître le centre de vacances, par exemple sur le site aejrouen.fr.

Fait à _____ *le* _____ *Signature :*

1 - cocher votre choix

2 – Nom de l'organisme ou du pasteur en majuscules

Centre de Vacances
« *Les Jonquilles* »
Château de Meslay

COLLER ICI LA PHOTO DE VOTRE ENFANT POUR QUE NOUS PUISSIONS MIEUX PREPARER SON ACCUEIL

☐ **Juillet (1)**

du . . . . . au . . . . . .

☐ **Août (1)**

du . . . . . au . . . . . .

NOM (2) : . . . . . PRENOM : . . . . . .

Né(e) le : . . . . . à : . . . . . .

Adresse : . . . . . .

. . . . . .

Code postal : . . . . . Ville : . . . . . .

Tél . : . . . . . Portable : . . . . . .

Mail: . . . . . @ . . . . . .

N° d'un proche pouvant être contacté en votre absence : . . . . . .

NOM, Prénom du père ou du tuteur : . . . . . .

Profession : . . . . . .

NOM, Prénom de la mère : . . . . . .

Profession : . . . . . .

N° de Sécurité Sociale : . . . . . .