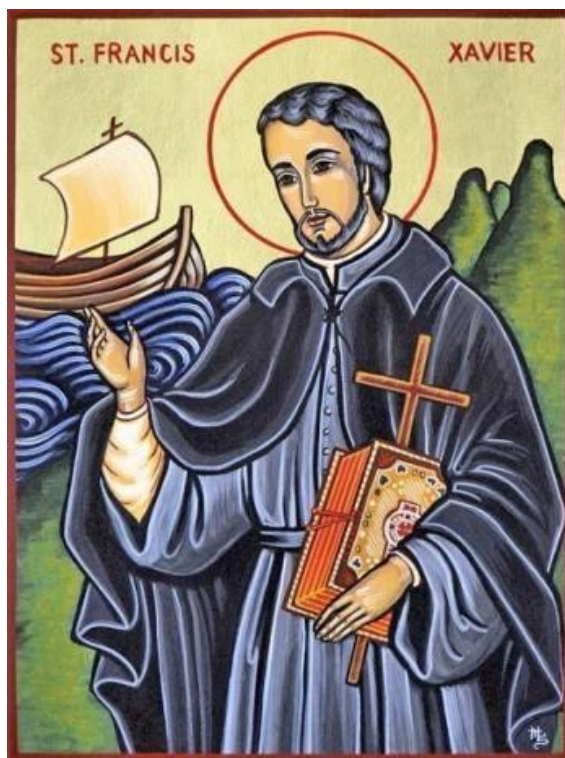


Venez découvrir la belle histoire de saint François-Xavier !

Accueil pour les enfants de 6 à 11 ans, du 1^{er} au 5 juillet.

Arrivée 8h30-9h00, départ entre 16h30 et 17h. Au 15, rue René Blum 75017 Paris.



« Ici on joue, ici on prie »

Contact : François Tranchant – 06.21.06.27.04 francois.tranchant@maisonozanam.com

INSCRIPTION à rendre avant le 21 juin 2019.

Je soussigné :

Nom

Prénom

Numéro de téléphone

Adresse

Code Postal Ville

Mail

Représentant légal de :

Nom

Prénom

Age..... Classe

Inscris mon enfant sur toute la semaine.

Tarif normal : 80€ la semaine*

* chèque à libeller à l'ordre Association Maison Ozanam

- J'autorise mon enfant à participer aux sorties
- J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas de besoin pour la santé de mon enfant.
- Je prévois de fournir à mon enfant un pique-nique par jour et 4 tickets de métro pour la semaine.
- J'autorise l'équipe d'animation à prendre des photos de mon enfant pour la Maison Ozanam.
- J'autorise la Maison Ozanam à bénéficier du droit à l'image de mon enfant pour sa communication

Oui

Non

● Je m'engage à prévenir si mon enfant ne vient pas.

● Je joins à l'inscription le règlement et la fiche sanitaire de liaison.

Date :

Signature :



Jouer, Prier, Servir, Accueillir, Rire, Se Reposer, Sourire, Courir, Découvrir, S'émerveiller, Aimer, Connaître, Louer, Adorer, Visiter, S'intéresser, Accompagner, Eduquer, Responsabiliser, Chanter...

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....
.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :.....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

.....
.....
.....

OBSERVATIONS

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....