



**INSCRIPTION à A.C.M. :**

**3/12 ANS**

N° enregistrement DDCS du séjour : 057 0305

N° Allocataire CAF : .....

Quotient Familial : .....

NOM – PRENOM Père : .....

NOM – PRENOM Mère : .....

Adresse : .....

Adresse : .....

Ville : .....

Ville : .....

N° tél : .....

N° tél : .....

Employeur : .....

Employeur : .....

Situation familiale : .....

Situation familiale : .....

Personne(s) autorisée(s) à récupérer l'enfant : .....

Repas : classique - végétarien - sans porc - P.A.I.

NOM – PRENOM DE L'ENFANT	DATE DE NAISSANCE

	Date du séjour	Coût du séjour	Montant des aides à déduire				Autres	Somme à Régler
			Bons CAF	P.S.	C.E.	ASE		
1								
2								
3								
4								
5								
6								
							<b>TOTAL</b>	

	MODE DE REGLEMENT	MONTANT	DATE
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

J'atteste avoir pris connaissance du règlement des A.C.M.

Signature du Père ou de la Mère :

Nom et signature de la personne Représentant l'ASBH :

L'assurance responsabilité civile de l'A.S.B.H. ne couvre que les conséquences d'une faute de notre part. Elle est illimitée dans son montant pour les dommages corporels et est limité à 15 254 euros pour les dommages matériels. Nous conseillons vivement aux personnes concernées, la souscription d'une assurance individuelle, prenant en charge les conséquences d'un accident dont la responsabilité ne nous serait pas imputable, auprès de l'assureur de leur choix.

