

Partie réservée à nos services

DATES.....TOTAL.....ACOMPTE.....CRE.....SOLDE.....RBT.....
DATES.....TOTAL.....ACOMPTE.....CRE.....SOLDE.....RBT.....
DATES.....TOTAL.....ACOMPTE.....CRE.....SOLDE.....RBT.....



STRUCTURE D'ACCUEIL ALPES PROVENCE VERDON - SOURCES DE LUMIERE

Crèche les Bout'en Train
Val d'Allos - ALLOS
de 3 mois à 3 ans

Parking du télécabine - 04260 ALLOS
Tél/Fax : 04 92 83 06 57
Mail : gard.erievaldallos@orange.fr



Nous sommes ouverts de 9h00 à 17h00 en continu. Aucune arrivée n'est possible de 10h à 13h.

Merci de venir chercher vos enfants 5 minutes avant la fermeture.

L'accueil se fait jusqu'à 10h00 le matin, à 13h l'après-midi et à partir de 16h00 le soir.

Nous n'acceptons pas une présence de l'enfant excédant 6 jours calendaires consécutifs.

N'oubliez pas de fournir le repas et le goûter de votre enfant (chaque élément doit être marqué à son nom).

LE CARNET DE SANTÉ est OBLIGATOIRE.

Identité

Nom et Prénom de l'enfant : Date de naissance :/...../20.....

Nom et prénom des responsables légaux :

Adresse permanente :

Code Postal : Ville :

Téléphone Maman :-.....-.....-.....-..... Téléphone Papa :-.....-.....-.....-.....

Mail (indispensable) :

Repas (uniquement si l'enfant mange avec nous)

Nous nous engageons à fournir le repas de notre enfant dans une glacière, munie de plaque(s) réfrigérante(s), conformément à la législation. Le repas devra être fraîchement préparé, refroidi et les viandes cuites à cœur. Chaque composant du repas sera, si nécessaire, placé dans un récipient hermétique à usage alimentaire, le tout marqué au nom de l'enfant. Les aliments seront coupés (viandes, fruits...). Ceci ne concerne pas les petits pots et préparations industrielles ne nécessitant pas de mise au froid.

Informations Médicales/Frais Médicaux

(Le fait de remplir cette partie ne vous dispense pas de l'apport du carnet de santé de l'enfant)

Mon enfant est-il à jour de ses vaccins ? OUI NON

Allergie connue et/ou problème particulier?Si oui, lequel?.....

Traitement médical actuellement (maladie non-contagieuse) ? : oui.....nonsi oui, lequel :

Merci de joindre obligatoirement la/les ordonnance(s) signée(s) par le médecin ainsi que les médicaments si nécessaire.

Nous, soussignés, Monsieur et Madame....., représentants légaux de l'enfant,, autorisons, n'autorisons pas le responsable ou son adjoint à administrer à notre enfant, un traitement médicamenteux ou un régime alimentaire sur prescription médicale, par délégation de l'autorité parentale.

Les représentants légaux de l'enfant s'engagent à rembourser à la CCAPV, les éventuels frais médicaux engagés (honoraires et pharmacie) dans les plus brefs délais, dans le cas où le médecin se rendrait dans nos structures, à la demande des représentants ou lors d'une situation jugée nécessaire par le responsable de la structure.

FORMULES	DE 1 À 6			DÈS LA 7ÈME		
	DATES	MATIN ou AM	TARIFS	DATES	MATIN ou AM	TARIFS
A l'heure			7,5 € X =€			
2 HEURES 9h à 11h (uniquement sur Allos) ou 13h à 15h ou 15h à 17h			15€ X =€			
DEMI-JOURNÉE + REPAS (9h à 13h ou 13h à 17h)			20€ X =€			16€ X =€
JOURNÉE + TEMPS DU REPAS ET DU GOÛTER (9h à 17h)			30€ X =€			25€ X =€
relais-SKI + APRÈS- MIDI + TEMPS DU REPAS ET DU GOÛTER ou Matin + relais-SKI			25€ X =			20€ X =€
6 HEURES (de 9h à 15h ou de 10h à 16h)			25€ X =€			20€ X =€

*relais-ski : les cours de ski sont non compris et réglables à l'École du Ski Français.

Règlement de fonctionnement

Nous déclarons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et en acceptons les conditions.

En cas d'absence, l'acompte sera rendu uniquement en cas de force majeure justifiée (maladie, accident ou évènement familial imprévu).

Soit un total de.....€ X 40% =.....€ d'acompte (**votre chèque est à établir à l'ordre du Trésor Public**).

Fait le/...../20..... à

Signature(s) suivie de la mention « lu et approuvé »

