

PARTIE RÉSERVÉE À NOS SERVICES

DATES.....TOTAL.....ACOMPTE.....RBT-.....SOLDE.....RBT-.....
DATES.....TOTAL.....ACOMPTE.....RBT-.....SOLDE.....RBT-.....
DATES.....TOTAL.....ACOMPTE.....RBT-.....SOLDE.....RBT-.....
DATES.....TOTAL.....ACOMPTE.....RBT-.....SOLDE.....RBT-.....



STRUCTURE D'ACCUEIL DE LA COMMUNAUTE DE COMMUNES ALPES PROVENCE VERDON SOURCES DE LUMIERE

Halte Garderie « **Les Pitchounets** » (enfants de 15 mois marchant à 6 ans)

Centre station – 04260 LA FOUX D'ALLOS

Tél: 04.92.83.86.55 ou 04 92 83 06 57

Mail : garderie.valdallos.lafoux@ccapv.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.

Nous n'acceptons pas une présence de l'enfant au-delà de 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 calendrier des vaccins doit être impérativement à jour. Une photocopie sera fournie.

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)

Les parents s'engagent à fournir le repas de leur 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 **en verre** 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 MEDICALES/FRAIS MEDICAUX

(Remplir cette partie ne vous dispense pas de la photocopie du carnet de santé de l'enfant)

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

Allergie connue et/ou problème particulier? OUI NON

Si oui, lequel?.....

Traitement médical actuellement (maladie non-contagieuse) ? OUI NON

Si oui, lequel ?

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

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.

REGLEMENT 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).

Fait le/...../20..... à

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

STRUCTURE LES PITCHOUNETS / LA FOUX D'ALLOS

NOM DE L'ENFANT

Date :

	DATES	HEURES	Nb heures/jour	TARIF
A L'HEURE				7,5€ x
				=
				€
				à payer

FORMULES	De 1 à 6 réservation			Dès la 7 ^{ème} réservation		
	DATES	MATIN ou APRES MIDI	TARIFS	DATES	MATIN ou APRES MIDI	TARIFS
FORMULE 2H De 9h à 11h* ou 13h à 15h ou 15h à 17h *seulement sur Allos			15€ X =€	Non concerné		
FORMULE 4H Demi-journée De 9h à 13h ou 13h à 17h			20€ X =€			16€ X =€
FORMULE 6H De 9h à 15h ou 10h à 16h			25€ X =€			20€ X =€
FORMULE 8H Journée De 9h à 17h			30€ X =€			25€ X =€
4H+RELAIS SKI <u>Option 1 :</u> Garderie de 9h45 à 13h45 + ski <u>Option 2 :</u> Ski + garderie de 12h15 à 16h15			25€ X =€			20€ X =€

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

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

Signature des parents (obligatoire):