

l

**ACCUSE DE RECEPTION**  
**Règlement Intérieur de Fonctionnement**  
**Accueil de Loisirs Sans Hébergement 6/12 ans "Phare Felu"**  
**2017**

A retourner à l'ALSH « Phare Felu »

Je soussigné(e) Mr, Mme, Melle,.....responsable légal de l'enfant  
....., né(e) le ...../...../.....

Déclare avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de Fonctionnement de l'ALSH « Phare Felu » et déclare accepter les termes de celui-ci.

J'autorise Phare Felu à prendre mon enfant en photo :

OUI  NON

J'autorise la Directrice de Phare Felu à accéder à mon compte d'allocataire CAF par le biais de « CAF PRO » :

OUI  NON

Fait à .....le ..... /..... /.....

**Signature** (Précédée de la mention « Lu et approuvé »)