

ACCUSE DE RECEPTION

Règlement Intérieur de Fonctionnement

Accueil de Loisirs Sans Hébergement 6/12 ans "Phare Felu"

2018

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 àle / /

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