

## ÊTRE ADHÉRENT, C'EST

- Concrétiser son adhésion aux valeurs et aux projets de VHB
- Être informé des activités de VHB et pouvoir en bénéficier avec ou sans participation financière
- La possibilité d'être élu administrateur, de donner son avis en participant à des commissions, de devenir bénévole...
- La possibilité de voter à l'Assemblée Générale (Les - de 16 ans n'ont pas le droit de vote. Leur droit sera donné à un de leurs responsables légaux présent lors de l'A.G.)

## ADHÉRENTS

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	SEXE (F/M)	SI RÉDUCTION indiquer la lettre du motif*

### \*MOTIFS DE RÉDUCTION INDIVIDUELLE

- A** Je suis **bénévole**
- B** Je suis le/la **4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>... adhérent·e de ma famille**
- C** Je participe au Relais Petite Enfance **Les Pitchouns ou la Ronde des Sapinoux**
- D** J'habite **Deux-Grosnes et j'ai moins de 18 ans** (cotisation payée par le CCAS de Deux-Grosnes)

## COORDONNÉES

Adresse .....  
 .....  
 Code postal ..... Ville .....

Tél. domicile ..... Tél. portable .....

E-mail .....

Régime d'appartenance des adhérents  CAF  MSA

N° de l'allocataire : .....

Si vous ne connaissez pas votre régime, indiquez votre profession  
 (si retraité, précisez de quelle profession) .....

## CALCUL DU COÛT

NOMBRE D'ADHÉRENTS \_\_\_\_\_ × 5 € \_\_\_\_\_ €

NOMBRE DE RÉDUCTIONS \_\_\_\_\_ × 5 € - \_\_\_\_\_ €

DON FACULTATIF\*\* \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ €

---

**TOTAL À PAYER = \_\_\_\_\_ €**

Espèces  Chèque  Virement

RIB Banque Postale  
 FR 52 2004 1010 0712 6936 7V03 836

\*\* Attestation pour les impôts fournie sur demande

## POUR LES ADHÉRENTS DE MOINS DE 18 ANS

Père  Mère  Responsable légal

Nom - Prénom .....

Tél. portable ..... Profession .....

Père  Mère  Responsable légal

Nom - Prénom .....

Tél. portable ..... Profession .....

Votre enfant participe aux matinées de la Ronde des Sapinoux ou des Pitchouns, accompagné d'une tierce personne autre que les parents :

J'autorise Mr/Mme .....

Lien avec l'enfant .....  
 à accompagner mon enfant pendant ces activités.

## AUTORISATIONS - ATTESTATIONS

J'autorise VHB, dans le cadre de ses activités, à utiliser **l'image** des adhérents mentionnés ci-dessus.  oui  non

Je souhaite recevoir **Les Nouvelles de VHB** :

par mail  par courrier postal  ne pas la recevoir

Protégeons nos arbres ! Privilégiez l'envoi par mail.

Si vous ne la recevez pas, regardez dans vos indésirables.

Je certifie que les adhérents sont assurés pour tout accident en **responsabilité civile et dommages corporels** dont ils pourraient être victimes ou auteurs au cours des activités de VHB.

Je m'engage à respecter le **règlement intérieur** de VHB (www.centresocialvhb.fr ou disponible sur simple demande).

DATE ..... Pour attester de l'exactitude des données ci-dessus,

NOM ..... PRÉNOM .....

**JE COCHE**  
 (si version numérique)



**JE SIGNE**  
 (si version papier)

# Fiche Sanitaire 2023-2024

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements qui pourront être utiles pendant le séjour de l'enfant.  
Elle est valable pour les activités de juillet 2023 à juin 2024.

Si des changements interviennent durant l'année, n'hésitez pas à en compléter une nouvelle.

## ENFANT

Nom .....

Prénom .....

Fille     Garçon

Date de naissance (JJ/MM/AA) .....

Vaccins obligatoires à jour     Oui     Non

Si non, fournir un certificat de contre-indication.

Votre enfant dispose-t-il d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?

SI OUI il devra être transmis obligatoirement en même temps que votre dossier d'inscription.

Oui     Non

Informations diverses (régime alimentaire, allergies, ou autres informations sur la santé de l'enfant)

.....  
.....  
.....

## AUTORISATIONS

J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant

Nom

Prénom

Lien avec l'enfant

.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

J'autorise mon enfant de plus de 6 ans à rentrer seul     Oui     Non

Date .....

Je, ci-dessus désigné, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant dont je suis responsable légal.

Pour attester de l'exactitude des données ci-dessus,

**Je coche**

(si version numérique)

**Je signe**

(si version imprimée)

**VOUS SOUHAITEZ FAIRE DES MODIFICATIONS (AJOUT/SUPPRESSION) PAR RAPPORT À VOS RÉSERVATIONS INITIALES ?  
CONTACTEZ-NOUS OBLIGATOIREMENT AU 04 74 04 73 87 AVANT L'ENVOI DU DOSSIER**

**NOM - PRÉNOM**



Garderie* matin	<b>Matin</b>	<b>Repas</b>	<b>Après- midi</b>	Garderie* soir
--------------------	--------------	--------------	------------------------	-------------------

Garderie* matin	<b>Matin</b>	<b>Repas</b>	<b>Après- midi</b>	Garderie* soir
--------------------	--------------	--------------	------------------------	-------------------

<input type="checkbox"/> <b>Ouroux</b>	15 avril				
	16 avril				
	17 avril**				
	18 avril				
	19 avril				



<input type="checkbox"/> <b>Lamure</b>	22 avril				
	23 avril				
	24 avril**				
	25 avril				
	26 avril				



**COMMENTAIRE** .....

**FICHE D'INSCRIPTION - PRINTEMPS 2024**

**CALCUL DU COÛT**

**AUTORISATIONS**

	Nbr	Coût	TOTAL
<b>Demi-journée</b>			
<b>Journée</b> pour un enfant inscrit de 1 à 3 journées de la même semaine			
<b>Journée Tarif réduit</b> pour un enfant inscrit au minimum 4 journées de la même semaine			
<b>Garderie</b> par heure (7h45 à 8h45 / 17h15 à 18h15)		<b>0,50 €</b>	
<b>Si concerné, majoration de 10%</b> cf modalités d'inscriptions		<b>10%</b>	
<b>Repas</b>		<b>4 €</b>	
<b>Adhésion 2023-2024 à VHB</b>		<b>5 €</b>	
		Déductions diverses (CE, MSA)	
		<b>TOTAL à régler</b>	

La garderie\* est réservée aux enfants dont les parents travaillent. De même pour l'accueil\*\* du mercredi 17 avril à Ouroux et du mercredi 24 avril à Lamure. J'atteste sur l'honneur remplir ces conditions.

Je suis allocataire CAF du Rhône

Si mon quotient familial (QF) me permet de bénéficier d'un tarif réduit, j'autorise VHB à le consulter sur le site pour les partenaires de la CAF.

**OUI** Si oui, nom de l'allocataire : .....  
n° de l'allocataire : .....

**NON** Si non, fournir une attestation QF

J'atteste avoir pris connaissance des modalités des accueils de loisirs disponibles sur [www.centresocialvhb.fr](http://www.centresocialvhb.fr) ou envoyées sur simple demande.

Nom - prénom du responsable légal : .....

Pour attester de l'exactitude des données ci-dessus,

Je coche (si envoi en version numérique)

Je signe (si envoi en version imprimée)

Allocataires MSA, nous contacter.

Dans le cas d'inscriptions multiples, vous pouvez faire un seul règlement.  
**UN DOUTE SUR LE CALCUL DU COÛT ? CONTACTEZ-NOUS AU 04 74 04 73 87**

**RÈGLEMENT**

- Chèque à l'ordre de VHB
- Espèces
- Virement bancaire
- Chèques vacances

RIB VHB La Banque Postale : FR 52 2004 1010 0712 6936 7V03 836

**AUCUNE INSCRIPTION NE SERA ACCEPTÉE SANS RÉSERVATION PRÉALABLE.**

**FICHE D'INSCRIPTION + RÈGLEMENT**

+ éventuellement **FICHE SANITAIRE** + **FICHE D'ADHÉSION** (si non complétées depuis juillet 2023)

**À ENVOYER À INSCRIPTION@CENTRESOCIALVHB.FR OU DANS LA BOÎTE AUX LETTRES AU PLUS TARD 48H APRÈS LA RÉSERVATION (72h si réservation le samedi)**