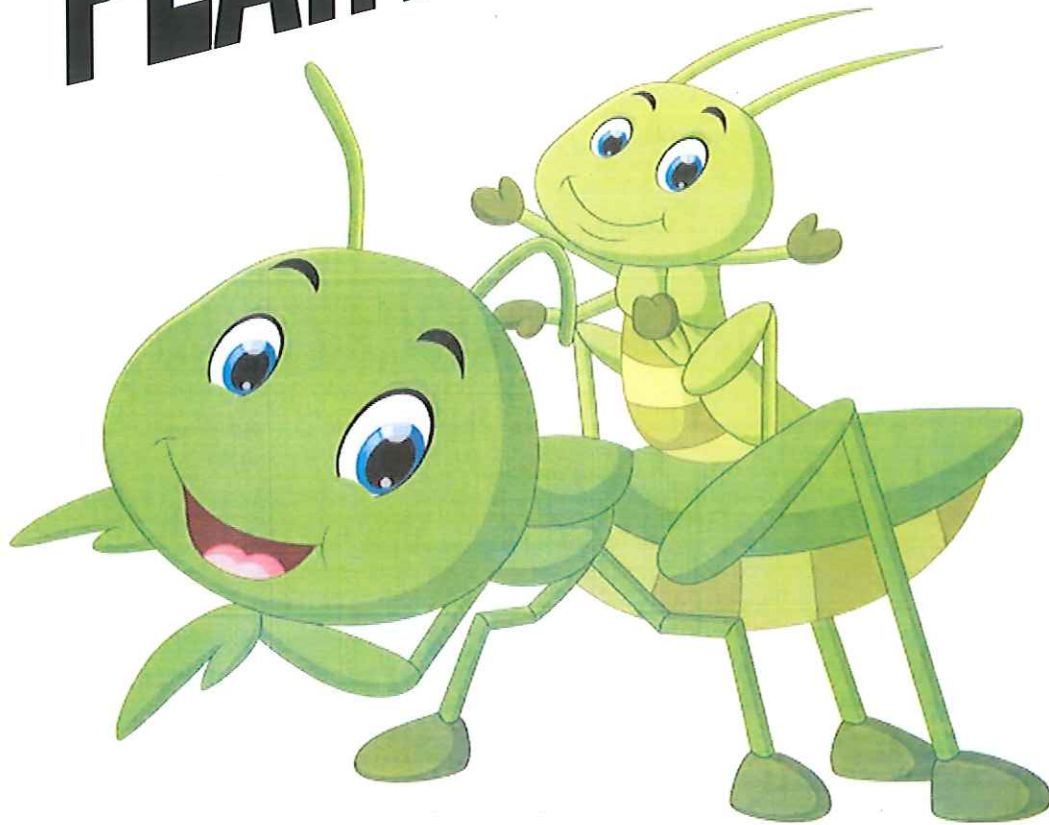


PLAINE DE JEUX



LES CIGALES

Du lundi 08 juillet au vendredi 09 août 2024

Sur le site de l'école communale

D'Erbisoeul

Sur inscription uniquement



Une organisation du CPAS de Jurbise

BULLETIN DE PARTICIPATION

A renvoyer à l'adresse mail : plainedejeux@cpas-jurbise.be

ou par voie postale au 1, place d'Herchies à 7050 Jurbise

Je (Nous) soussigné(e)(s),

NOM ⁽¹⁾ : _____ Prénom : _____

Domicilié(e)(s) : _____

Tél. : _____ Tél. : _____

Email du parent responsable : _____

(autre personne à contacter) NOM : _____

souhaite(ons) que notre (nos) enfant(s) inscrit(s) ci-dessous, participe(nt) à la Plaine de Jeux du C.P.A.S. de Jurbise.

	<u>NOM de l'enfant</u>	<u>Prénom</u>	<u>Date de naissance</u>	<u>Nom de l'école fréquentée</u>
1.	_____	_____	_____	_____
	Date de fréquentation (plaine 2024) : _____			
2.	_____	_____	_____	_____
	Date de fréquentation (plaine 2024) : _____			
3.	_____	_____	_____	_____
	Date de fréquentation (plaine 2024) : _____			
4.	_____	_____	_____	_____
	Date de fréquentation (plaine 2024) : _____			

1) Autorisez-vous que votre enfant soit pris en photo ?

Oui Non

2) Les activités de la plaine de jeux peuvent être réalisées sur le territoire de la commune de Jurbise (exemple : l'école, le parc communal, les rues du village, les bâtiments du CPAS de Jurbise, les bois et espaces naturels).

3) Autorisez-vous votre enfant à participer aux activités extérieures ou extraordinaires organisées au sein de la plaine de jeux. Ces activités seront payables à l'avance, un courrier vous sera remis en début de semaine.

Oui Non

4) L'attestation permettant la contribution éventuelle de votre mutuelle aux frais de plaine est délivrée lorsque le paiement de votre participation aura été enregistré par notre Centre.

5) Une autorisation écrite est demandée aux parents des enfants retournant seuls chez eux.

6) Si, par un jugement ou une décision légale une personne n'est pas autorisée à reprendre ou à approcher votre ou vos enfant(s), une copie doit nous être transmise.

7) Votre/vos enfant(s) souffre(nt)-il(s) d'un problème de santé, allergies ou autres ?

Date : / /

Signature(s) :

(1) Nom de la personne à qui la facture finale sera adressée.