



# INSCRIPTION AUX ACTIVITES DU SECTEUR JEUNESSE 2016-2017

Activité Choisie	<b>Centre du Mercredi</b> <input type="checkbox"/>	<b>Club d'échecs</b> (jeudi 17h-18h) <input type="checkbox"/>	<b>Centre de Loisirs</b> petites vacances <input type="checkbox"/>	<b>Local ados</b> <input type="checkbox"/>
Remarques				

Inscription prise le: \_\_\_\_\_ Par: \_\_\_\_\_

## LES PARENTS

- NOM et Prénom du père et/ou de la mère

- Adresse

- Ville

- Code Postal

- Téléphone  
fixe

- Téléphone  
mobile

- N° Allocataire CAF

- Quotient Familial CAF

## L'ENFANT

- NOM et Prénom de l'enfant

Date de naissance

Sexe M  F

Classe fréquentée:

Maître ou maîtresse

--	--	--	--	--	--	--

Je soussigné

Déclare inscrire mon enfant pour les activités mentionnés ci-dessus. Je m'engage à régler la somme dûe après réception de la facture qui me sera adressée au début du mois suivant l'accueil. J'ai pris bonne note que seules les absences justifiées par une pièce officielle (certificat médical etc...) fournie au service facturation en mairie seront déduites.

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Merci de remplir au dos également

# AUTORISATIONS PARENTALES

## - ACTIVITES, ACTIVITES SPORTIVES ET TRANSPORTS

En inscrivant mon enfant je l'autorise à participer à toutes les activités indiquées dans le programme. J'autorise en outre son transport sur les lieux d'activité par les moyens mis en place: bus de ville, bus de location et minibus (pour les TAP aucun déplacement en bus n'est prévu)

OUI  NON

## - AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul après le centre

OUI  NON

J'autorise les personnes suivantes à reprendre mon enfant après le centre:

1. NOM, Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

2. NOM, Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

## - AUTORISATION DE PRISES DE VUES

Les équipes d'animation peuvent être amenées à prendre des photos et à filmer votre enfant. J'autorise la municipalité à utiliser ces images dans les supports de communication afin de valoriser la vie locale.

OUI  NON

## - AUTORISATION D'HOSPITALISATION

En cas d'urgence, j'autorise le responsable de l'activité ou du séjour à faire appel aux services de secours pour transporter mon enfant à l'hôpital le plus proche. J'autorise en outre les médecins de l'hôpital à pratiquer radiographie, soins nécessaires et intervention chirurgical d'urgence avec anesthésie.

OUI  NON

Remarques importantes concernant votre enfant à noter dans le cadre ci-dessous:

## - SIGNATURES DES PARENTS OU DU RESPONSABLE LEGAL

NOM ET PRENOM:

Date:

Signature:

**ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE OBLIGATOIRE POUR NOS ACTIVITES**

(Obligation de fournir l'attestation de votre assurance pour la prise en compte de l'inscription)

ORGANISME:

N° DE POLICE: