



INSCRIPTION AUX ACTIVITES DU SECTEUR JEUNESSE 2018-2019

| | |
|------------------|---|
| Activité Choisie | Local Ados (pré-ados et ados) 12-17 ans. |
| 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 _____

OU N° MSA _____

L'ENFANT

- NOM et Prénom de l'enfant _____ Date de naissance _____

Sexe M F Lieu de naissance _____

Ecole fréquentée : _____ Classe : _____

Je soussigné(e) Monsieur, Madame, _____
Déclare inscrire mon enfant pour les activités mentionnés ci-dessus. Je m'engage à régler la somme d'ûe après réception de la facture de 10 euros (forfait de 10 euros pour l'année) qui me sera adressée par le service facturation de la Mairie de Demouville.

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 toute les activités proposées.

OUI

NON

J'autorise en outre son transport en bus sur les lieux d'activité.

- AUTORISATION DE SORTIE

J'autorise mon enfant à rentrer seul durant le local ados

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

L'équipe d'animation peut être amenée 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 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 RESPONSABILITÉ CIVILE OBLIGATOIRE POUR NOS ACTIVITÉ

ORGANISME :

N° DE POLICE

