

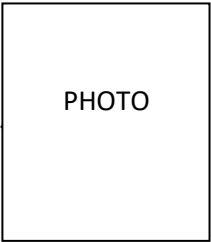


DOSSIER D'INSCRIPTION 2017/2018

SECTEURS ENFANCE/JEUNESSE

Pour toute inscription aux activités du CSC Au-Delà des Ponts, la **carte de membre 2017/2018 est obligatoire**

Nom de l'enfant : Prénom :
Date de naissance : Lieu de naissance :
Ecole/collège/lycée fréquentée : Classe :
Adresse : Ville : Code Postale :
Nom et Prénom du représentant légal :
Adresse : Ville : Code Postale :
Situation Familiale : ...Marié(e), ...Célibataire, ...Veuf (ve), ...Union libre, ...Divorcé(e)
Nombre d'enfants à charge :
N° tél fixe :/...../...../...../..... N° tél portable de la mère :/...../...../...../..... N° tél portable du père :/...../...../...../.....
E-mail :
N° de sécurité sociale :/...../...../...../...../...../...../...../..... CMU : Non Oui Date de validité :
Numéro de Caisse d'Allocations Familiales : Quotient familiale :
Nom de la compagnie d'assurance : N° de contrat :



Profession du père : Sans emploi
Profession de la mère : Sans emploi

Inscription pour :
 Secteur enfants Secteur jeunes

- Pièce à fournir obligatoirement pour toute inscription :**
- ✓ Copie du dernier avis d'imposition
 - ✓ Attestation CAF mentionnant le numéro d'allocataire ainsi que le quotient familial
 - ✓ Copie des vaccins dans le carnet de santé
 - ✓ Attestation d'assurance responsabilité civile
 - ✓ Photocopie de la Pièce d'identité de l'enfant;
 - ✓ Photocopie de la Pièce d'identité du représentant légal;
 - ✓ Autorisation de sortie du territoire (file:///C:/Users/adpfr/Downloads/cerfa_15646-01.pdf)
 - ✓ 1 photo d'identité ;
 - ✓ Photocopie de l'attestation de la sécurité sociale ou de la CMU



DOSSIER D'INSCRIPTION 2017/2018

SECTEURS ENFANCE/JEUNESSE

Si mon enfant à plus de 8 ans, je l'autorise à rentrer seul à la maison à la fin des activités :

OUI

NON, j'autorise les personnes suivantes à déposer et à venir chercher mon enfant à l'accueil de loisirs :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

ATTENTION : UNE PERSONNE NON INDIQUÉE SUR CETTE FEUILLE NE POURRA PAS CHERCHER L'ENFANT. EN CAS D'EXCEPTION, IL EST IMPÉRATIF DE NOUS PRÉVENIR ET DE NOUS COMMUNIQUER LES NOMS ET PRÉNOMS DE LA PERSONNE QUI DEVRA OBLIGATOIREMENT PRÉSENTER UNE PIÈCE D'IDENTITÉ.

Je soussigné(e) responsable légal de l'enfant,

- Décharge Au Delà des Ponts de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ du Centre Social et Culturel,
- Autorise mon enfant à participer aux sorties programmées durant les temps d'animations du Centre Social et Culturel et m'engage à participer au frais éventuel,
- Autorise, en cas d'urgence les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant et m'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par les organisateurs,
- Autorise le Centre Social et Culturel à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités : en voiture individuelle (par les encadrants ou les accompagnateurs des sorties), en transport en commun (cars, bus, train,...),
- Autorise le Centre Social et Culturel à utiliser des photos de mon enfant dans le cadre des activités, pour la presse, les documents de communications et pour le site internet,
- Autorise le Centre Social et Culturel à traiter sur un support informatique, les informations concernant mon adhésion et je bénéficie d'un droit d'accès et de rectification de celle-ci,
- Affirme avoir pris connaissance du règlement intérieur et déclare accepter celui-ci.

Fait à, le

Signature des parents



DOSSIER D'INSCRIPTION 2017/2018

SECTEURS ENFANCE/JEUNESSE

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES PRÉCAUTIONS À PRENDRE.

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

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC... PRÉCISEZ.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné,responsable légal de l'enfant , déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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