

Dossier individuel Inscription 2016/2017

Adhésion :

- Familiale (12€ par an)
- Indiv + 18 ans (10€ par an)
- Indiv -18 ans (7€ par an)
- Eté (2€)

1. IDENTITE d'un mineur

Fille - Garçon

Nom : Prénom :

Date de naissance :/...../..... à (CP :)

Adresse principale :

.....

Si Amboise, zone géographique : Verrerie / Malétrenne / Autre quartier *(barrez les informations inutiles)*

Téléphone : Mail :@.....

Classe fréquentée (à la rentrée 2016) :

Etablissement scolaire fréquenté : à

N° Allocataire : CAF/MSA/Régime spécial : QF :

2. FAMILLE ou ADULTE

Nom : Responsable légal

Prénom : Lien de parenté : PERE* - MERE*

N° Sécu : Autre statut :

Date de naissance :/...../..... A contacter en cas d'urgence

Adresse principale : Raccompagnement du jeune AUTORISE

..... Raccompagnement du jeune NON AUTORISE

Si Amboise, zone géographique : Verrerie / Malétrenne / Autre quartier *(barrez les informations inutiles)*

Téléphone : Pro :

Mail :@.....

Nom : Responsable légal

Prénom : Lien de parenté : PERE* - MERE*

N° Sécu : Autre statut :

Date de naissance :/...../..... A contacter en cas d'urgence

Adresse principale : Raccompagnement du jeune AUTORISE

..... Raccompagnement du jeune NON AUTORISE

Si Amboise, zone géographique : Verrerie / Malétrenne / Autre quartier *(barrez les informations inutiles)*

Téléphone : Pro :

Mail :@.....

* BARREZ LES MENTIONS INUTILES

3. COMPOSITION FAMILIALE

ENFANTS (Nom Prénom)	Date de naissance	Peut-il (elle) raccompagner le mineur concerné par le dossier
		Autorisé * / Interdit*
		Autorisé* / Interdit*
		Autorisé* / Interdit*
		Autorisé* / Interdit*
		Autorisé* / Interdit*
		Autorisé* / Interdit*

* BARREZ LES MENTIONS INUTILES

4. MEDICAL et PIECES OBLIGATOIRES

Pour les mineurs	Pour les majeurs	PIECES A FOURNIR
<input type="checkbox"/>		Fiche sanitaire de liaison SIGNEE - Notez toutes les informations concernant votre enfant (lunettes, opération, traitement médical...) - Les informations resteront confidentielles - <u>Exemplaire téléchargeable</u>
<input type="checkbox"/>		Photocopie des vaccins
<input type="checkbox"/>		Certificat médical pratique sportive et vie en collectivité - <u>Exemplaire téléchargeable</u>
<input type="checkbox"/>		Test anti panique - Obligatoire pour les activités nautiques (canoë...) hors piscine - <u>Exemplaire téléchargeable</u>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Assurance scolaire (mineur) ou assurance responsabilité civile (majeur) en cours de validité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom du Médecin Traitant : Adresse : Tél :
<input type="checkbox"/>		Coupon règlement intérieur

4. AUTORISATIONS

Je soussigné (e)

Responsable de (Nom, Prénom)

Donne l'autorisation aux responsables du secteur Jeunesse de l'Association « Centre Charles Péguy » :

- ✓ De transporter ou faire transporter le jeune ci-dessus nommé pour les sorties et activités par les animateurs, en car, en minibus et/ou éventuellement par d'autres parents
 - ✓ De prendre, le cas échéant, toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale ...) rendues nécessaires par l'état de santé du jeune ci-dessus nommé
- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> autorise | <input type="checkbox"/> n'autorise pas | le jeune à rentrer seul après l'activité |
| <input type="checkbox"/> autorise | <input type="checkbox"/> n'autorise pas | le jeune à se baigner |
| <input type="checkbox"/> autorise | <input type="checkbox"/> n'autorise pas | le jeune à être photographié et filmé |
| <input type="checkbox"/> autorise | <input type="checkbox"/> n'autorise pas | le service Jeunesse à utiliser les photos pour les supports de communication (site internet, brochures, exposition, ...) |
| <input type="checkbox"/> souhaite | <input type="checkbox"/> ne souhaite pas | recevoir les informations du secteur Jeune sur mon mail |

A le

Signature :