

DOSSIER INSCRIPTION 2018 - 2019

<p style="text-align: center;">1^{er} Enfant</p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date naissance :/...../.....</p> <p>Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</p>	<p style="text-align: center;">2^{ème} Enfant</p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date naissance :/...../.....</p> <p>Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</p>
<p style="text-align: center;">3^{ème} Enfant</p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date naissance :/...../.....</p> <p>Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</p>	<p style="text-align: center;">4^{ème} Enfant</p> <p>NOM :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date naissance :/...../.....</p> <p>Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</p>

Responsable Père Mère Autres :.....

Nom du Responsable : **Prénom** :

Adresse complète :

Ville : Code Postal :

Téléphone domicile : Portable :

Téléphone prof. : Adresse e-mail :

N° Sécurité Sociale : N° CAF ou MSA :

Assureur (Nom et Ville) : N° contrat (assurance):

Autre responsable Père Mère Autres :.....

Nom du Responsable : **Prénom** :

Adresse complète (si différente):

Ville : Code Postal :

Téléphone domicile : Portable :

Téléphone prof. : Adresse e-mail :

Autorisation de filmer ou photographier le participant dans le cadre des activités du Centre de Loisirs et d'utiliser ces images dans un but promotionnel du Centre de Loisirs.

OUI NON

Personnes à prévenir en cas d'accident (autres que responsable) Nom, Prénom, Qualité, Téléphone

.....

.....

.....

.....

Personnes habilitées à récupérer l'enfant (autre que responsable) Nom, Prénom, Qualité, Téléphone

.....

.....

.....

.....

..Peut rentrer seul ? :

Pour que l'inscription soit effective, il faut :

- Payer l'adhésion à la Ligue de l'Enseignement de Normandie pour l'année 2018/19, soit 10 €.
- Rendre cette **Fiche d'Inscription et la Fiche Sanitaire** complétées et signées.
- Fournir les photocopies du **Carnet de Vaccinations** (ou Certificat Médical de Vaccination)

Je soussigné..... déclare avoir pris connaissance du fonctionnement et du règlement de l'Accueil de Loisirs, accepte les conditions et déclare exacts les renseignements notifiés ci-dessus.

Fait à Le/...../..... **Signature** :