

**MINEUR
FICHE D'INSCRIPTION 2018 – 2019**

Renouvellement	Nouvel Adhérent
----------------	-----------------

Nom de l'enfant..... Prénom	
Date et lieu de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse	
CP	Ville
Tél. portable	E. mail :
REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT : Parents – Père – Mère - Tuteur	
Préciser les coordonnées des DEUX parents	
PERE (ou tuteur)	MERE (ou tutrice)
NOM	NOM
Prénom	Prénom
Profession	Profession
Tél domicile	Tél domicile
Tél portable	Tél portable
Tél travail	Tél travail
Email	Email
Personne pouvant être prévenue en cas d'urgence Tél	
N° allocataire C.A.F.....	Q.F. CAF (1)
	Ou Q.F. Impôts (1)
(1) fournir obligatoirement soit l'attestation CAF soit la dernière feuille d'imposition	
Situation familiale :	
<input type="checkbox"/> Couple avec enfant(s)	<input type="checkbox"/> Couple sans enfant
<input type="checkbox"/> Personne seule avec enfant(s)	<input type="checkbox"/> Personne seule sans enfant
Situation de handicap de l'enfant (dont bénéficiaire de A.E.E.H. - P.C.H. à préciser)	
Etablissement scolaire Classe	
AVANT, PENDANT et APRES L'ACTIVITE	
Je, soussigné(e) Représentant légal de l'enfant	
..... autorise celui-ci à effectuer ses déplacements seul afin de participer aux activités (2) OUI NON	
J'autorise les personnes mentionnées ci-dessous à venir chercher mon enfant :	
NOM	Tél
NOM	Tél
NOM	Tél
ACCUEIL PERISCOLAIRE	
Je, soussignée Représentant légal de l'enfant	
Autorise qu'un membre de l'équipe de l'Amicale Laïque de la Glacière récupère mon enfant inscrit à l'accueil de l'école MATERNELLE OU PRIMAIRE (2) afin de l'accompagner à son activité (2)..... OUI NON	
(Vous devez également le signaler auprès du responsable de l'accueil de l'école)	

Afin de valoriser son projet associatif, j'autorise l'ALG à prendre et à utiliser les photos et/ou les vidéos prises par l'ALG (2)

Photos, affiches, publication dans les journaux, plaquette, site internet de l'ALG OUI NON
Réseaux sociaux OUI NON

J'autorise mon enfant à être conduit par les véhicules (transport en commun, véhicule de location, de prêt, de l'ALG) afin de se rendre sur les lieux d'activité ou d'accueil (2) OUI NON

L'ALG tient à votre disposition le projet éducatif. Le règlement intérieur et le contrat d'assurance sont affichés dans nos salles.

DATE ET SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

(2) Barrer les mentions inutiles

NOM RENOM

ATELIER	JOUR	HORAIRE	PRIX	% REDUCTION	A REGLER

PAIEMENT en maximum 3 fois /atelier						
		PRIX	BANQUE	N° CHEQUE	MOIS ENCAISSEMENT	ESPECES
BA 940	Adhésion	12 €				
BA	Cotisation					
BA	Cotisation					
BA	Cotisation					
BA	Cotisation					
BA	Cotisation					
BA	Cotisation					
BA	Cotisation					
BA	Cotisation					
BA	Cotisation					
BA	Cotisation					
BA	Cotisation					

REMARQUES :

Les informations recueillies sont nécessaires pour l'adhésion de votre enfant. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'association. En application des articles 39 et suivants de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant ainsi que celles de votre enfant, veuillez vous adresser au directeur de l'ALG.



FICHE DE SANITAIRE CONFIDENTIELLE

NOM DE L'ENFANT PRENOM

DATE ET LIEU DE NAISSANCE / / A

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT :

NOM PRENOM

Adresse

Tél Domicile E. Mail

Portable Mère Portable Père

AUTRES CONTACTS EN CAS D'URGENCE :

NOM Téléphone

NOM Téléphone

SECURITE SOCIALE :

N° de Sécurité sociale

Régime d'affiliation à préciser : Général EDF/GDF Fonctionnaire MSA SNCF

MEDECIN TRAITANT :

Nom Tél

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant suit-il un traitement médical régulier ? OUI NON

Préciser

(Aucun médicament ne pourra être donné sans l'ordonnance ni la posologie écrite sur les boîtes d'origine)

VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations)

En l'absence de vaccins obligatoires, joindre obligatoirement un certificat médical de contre-indication

ALLERGIE :

Alimentaire OUI NON

Médicamenteuse OUI NON

Autres (animaux, plantes, pollen etc. ...) OUI NON

Préciser

DIFFICULTES DE SANTE ET PRECAUTIONS A PRENDRE :

.....

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LUNETTES, DES LENTILLES DE CONTACT, DES PROTHESES AUDITIVES – DENTAIRES OU AUTRES

Préciser

RECOMMANDATIONS UTILES (par exemple, comportement de l'enfant – droit de garde exclusif – problèmes familiaux)

.....

.....

Je, soussignée Mr /Mme responsable légal de l'enfant

..... Certifie exacts les renseignements portés sur ce présent document et autorise le, la responsable d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de santé de mon enfant.

Fait à Le Signature