

FICHE INSCRIPTION ENFANT / JEUNE (- 25 ans) SAISON 2021 / 2022

CENTRE : _____	
ADHERENT N° : _____	<input type="checkbox"/> 2 €
ACTIVITE(S) : _____	ALSH <input type="checkbox"/> Groupe : _____

NOM : _____	PRENOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____	<input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/> GARCON
ADRESSE : _____ _____	
E-MAIL : _____	TELEPHONE : _____
ETABLISSEMENT SCOLAIRE : _____	CLASSE : _____

RESPONSABLE LEGAL(E)	
NOM : _____	PRENOM : _____
AUTORISE MON ENFANT :	
> à participer aux activités organisées par le centre : _____	
> à se rendre seul(e) au domicile à l'issue de l'activité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ou à se rendre au domicile accompagné(e) de :	
M. ou MME _____	
ADRESSE : _____ _____	
E-MAIL : _____	TELEPHONE : _____
AUTORISE LES ORGANISATEURS à prendre le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence <u>seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.</u>	

Dans le cas d'une autorité parentale partagée	
PARENT 1 : NOM _____	PRENOM _____
ADRESSE : _____	
E-MAIL : _____	TELEPHONE : _____
PARENT 2 : NOM _____	PRENOM _____
ADRESSE : _____	
E-MAIL : _____	TELEPHONE : _____

ALLOCATAIRE CAF / MSA : _____ **QUOTIENT FAMILIAL :** _____

ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE : _____ **N° DE POLICE :** _____

1. RESPONSABILITE

Je dégage l'ASELQO de toute responsabilité :

- en cas d'accident pouvant survenir avant et après les horaires de prise en charge d'activités,
- en cas de détérioration, perte ou vol d'objets personnels de valeur.

2. DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'ASELQO à utiliser pour sa communication (interne, externe : panneaux d'affichage, site internet, blog et réseaux sociaux) les photos et les images prises dans le cadre de ses activités. Oui Non

3. RGPD

Les informations collectées dans ce formulaire sont régies, conformément au RGPD, par notre charte de confidentialité.

J'ai été informé(e) et j'ai reçu la charte de confidentialité qui régit les données personnelles dans ce formulaire.

4. INSCRIPTIONS

Les paiements sont à régler à l'inscription.

Les paiements acquis lors de l'inscription peuvent faire l'objet d'un remboursement sous certaines conditions.

Personne(s) à contacter en cas d'urgence :

Nom / Prénom _____

Lien de parenté : _____ **Tél portable :** _____

Tél professionnel : _____

Nom / Prénom _____

Lien de parenté : _____ **Tél portable :** _____

Tél professionnel : _____

Recommandations médicales importantes :

Médecin traitant : _____ **Téléphone :** _____

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements figurant sur cette fiche et déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur et m'engage à le respecter.

Date : _____ Signature :