

PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom/Prénom : _____

lien de parenté : _____  Personnel _____

 Portable _____

 Professionnel _____

Nom/Prénom : _____

lien de parenté : _____  Personnel _____

 Portable _____

 Professionnel _____

Nom/Prénom : _____

lien de parenté : _____  Personnel _____

 Portable _____

 Professionnel _____

Médecin traitant :

Recommandations médicales importantes :

ASELQO
ANIMATION URBAINE
Saison 2017 - 2018

CENTRE

Adhérent n°

ALSH

Atelier (s)

2 €

groupe _____

Identité ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

Adresse complète : _____

Tél. : _____ E.mail : _____

Établissement scolaire : _____ Classe : _____

Profession des parents : _____

OU (case à cocher)

	Père	Mère		Père	Mère
Agriculteur exploitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Étudiant(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chef d'entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retraité / Inactif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cadre et profession libérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ouvrier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chômeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Assurance responsabilité civile : obligatoire pour les mineurs

Assureur : _____ N° de Police : _____

Pour les activités au QF

N° Sécurité Sociale
ou

Autre régime (précisez) _____

Allocataire CAF

Quotient familial CAF/MSA *fournir la notification QF CAF ou MSA*

Pour tous

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, site officiel de l'ASELQO, blog et réseaux sociaux) les photos et les images prises dans le cadre de ses activités.

oui non

3. INSCRIPTIONS

- Les participations sont payables à l'inscription.
- Les participations payées sont acquises.
- Accueil de Loisirs : les absences pour maladie seront reportées sur la base d'un justificatif médical fourni dans les 8 jours suivant l'absence.

Je déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription à l'ASELQO et en accepte les conditions.

Date :

Signature

RESPONSABLE LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____

Autorise mon enfant à :

1. adhérer à l'ASELQO,
2. participer aux activités organisées par le centre

3. à se rendre seul au domicile à l'issue de l'activité : oui non
ou à se rendre au domicile accompagné(e) de :

M. ou Mme _____

Adresse complète : _____

_____ Tel. : _____

4. Autorise les organisateurs à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales).

Partie à renseigner

Dans le cas d'une autorité parentale partagée

Précisez nom, adresse et téléphone :

Parent 1

Parent 2

Parent 3

Responsable légal
Date :

Signature