



Communes de Vaivre-et-Montoille

Fiche d'inscription

Activités Club Ados

Renseignements généraux

ENFANT :

| NOM | PRENOM | DATE DE NAISSANCE |
|-----|--------|----------------------|
| | | |

RESPONSABLES LEGAUX :

| | Responsable 1 | Responsable 2 |
|---------------|------------------|---------------|
| Nom, prénom | | |
| Adresse | | |
| Email | Mail n°1 : | |
| | Mail n°2 : | |
| Tél domicile | | |
| Tél portable | | |
| Profession | | |
| Tél employeur | | |



Pour une correspondance facile et rapide entre le Club ados et la famille, merci de remplir tous les champs ci-dessus. Au moins une adresse mail et un numéro de téléphone doit-être saisie !

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

CAF : Doubs Haute Saône Autre :

N° d'allocataire (obligatoire pour tarification) :

Régime Sécurité Sociale : Général MSA Autre :

N° Sécurité sociale :

Médecin de famille :

| Nom | Adresse | Tél |
|-----|---------|-----|
| | | |

ACTIVITÉ(S) CHOISIE(S)

Cochez-le ou les activités choisie(s) (3 activités minimum)

| SEMAINE 1 | SEMAINE 2 |
|----------------------------------|----------------|
| Lundi 06/04 X | Lundi 13/04 |
| Mardi 07/04 | Mardi 14/04 |
| Mercredi 08/04 | Mercredi 15/04 |
| Jeudi 09/04 | Jeudi 16/04 |
| Vendredi 10/04 | Vendredi 17/04 |

FICHE DE DECHARGE

Je soussigné(e)..... autorise :

| | OUI | NON |
|---|-----|-----|
| Le/les organisateur(s) du club ados à présenter mon/mes enfant(s) à un médecin en cas de soins à donner d'urgence | | |
| Mon/mes enfant(s) pour les activités du club ados à aller en voiture individuelle (responsable du club) ou en transport collectif | | |
| L'équipe animation à photographier et utiliser l'image de mon/mes enfants pour d'éventuelles diffusions dans les bulletins communaux, la presse, sur le site internet et/ou réseaux sociaux de la commune | | |
| Mon/mes enfant(s) à partir seul de l'espace culturel des fauvettes | | |

Lu et approuvé

à le/...../.....

Signature(s) :