

Année scolaire d'inscription :

<u>Le jeune :</u>	
NOM du jeune : Prénom :	
Né(e) : A : Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Téléphone du jeune : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Mail :	
<u>La mère :</u>	<u>Le père :</u>
NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP et Ville :	CP et Ville :
N° Tel fixe : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	N° Tel fixe : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
N° Portable : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	N° Portable : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<u>Téléphone à appeler en cas d'urgence :</u> _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
NOM : Prénom :	
Lien avec l'enfant :	
<u>Régime de Couverture Sociale :</u>	<u>Assurance extra-scolaire :</u>
<input type="checkbox"/> Régime général <input type="checkbox"/> Mutualité Sociale Agricole (MSA)	Assureur :
<input type="checkbox"/> Autre :	N° de contrat :
N° Allocataire Caisse d'Allocation Familiale CAF) :	
N° de sécurité sociale : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ / _ _	
<u>Droit à l'image :</u>	
J'autorise l'équipe d'animation à utiliser l'image de mon enfant pour la présentation, la promotion et l'illustration des actions jeunesse sur le territoire (NR, info municipal, infos intercommunal...) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<u>Autorisation de sortie :</u>	
J'autorise mon enfant à être véhiculé par l'équipe d'animation dans le cadre des activités prévues <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<u>Frais médicaux :</u>	
Je m'engage s'il y a lieu à rembourser le service jeunesse des frais médicaux occasionnés en cas d'intervention du médecin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<u>CONTACT ET FACTURATION</u>	
Nous vous demandons de nous communiquer une adresse mail pour communiquer avec vous et vous envoyer votre facture (ex : nicolas.dupont@yahoo.fr)	
Adresse mail (obligatoire) :@.....	
Je soussigné(e) M. Mme (NOM/Prénom) déclare exacts les renseignements indiqués et avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'Accueil Ados que j'approuve sans restriction.	

DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT:

- FICHE SANITAIRE DE LIAISON (DOCUMENT CERFA)
- COPIE CATRE VITALE/ATTESTATION SECURITE SOCIALE
- ATTESTATION D'ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE ACCIDENT EXTRASCOLAIRE
- DOCUMENTS CAF (QUOTIENT FAMILIAL)
- VACCINATIONS A JOUR (PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE)

Date : Signature des parents :