

## FICHE D'INSCRIPTION 2018/2019

### ACTIVITÉ

**NOM** : ..... **Prénom** : .....  
Né(e) le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ à .....  
Téléphone : ..... Portable : ..... Travail : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Courriel électronique : .....@ .....  
Profession : ..... Lieu : .....

### POUR LES MINEURS

#### Père

**NOM** : ..... **Prénom** : .....  
Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : .....  
Adresse (si différente) : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Portable : ..... Travail : .....  
Courriel électronique : .....@ .....  
Profession : ..... Lieu : .....

#### Mère

**NOM** : ..... **Prénom** : .....  
Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : .....  
Adresse (si différente) : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Portable : ..... Travail : .....  
Courriel électronique : .....@ .....  
Profession : ..... Lieu : .....

#### Famille d'accueil/Structure accueillante

**NOM** : ..... **Prénom** : .....  
Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : .....  
Adresse (si différente) : .....  
Code postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Portable : ..... Travail : .....  
Courriel électronique : .....@ .....



## AUTORISATIONS

Je soussigné(e) : .....

et/ou Représentant légal de : .....

Autorise la ville d'Evron à :

- faire donner tous les soins et/ou interventions nécessaires, de façon  Oui  Non urgente ainsi qu'une éventuelle hospitalisation
- à utiliser et à diffuser les photos prises lors des activités et autres  Oui  Non
- **Autorise mon enfant** à participer à un transport en minibus  Oui  Non
- **Autorise mon enfant** à partir seul de la structure  Oui  Non
- **Autorise mon enfant** à participer aux activités du Trait d'Union sous la  Oui  Non responsabilité du personnel d'encadrement

### Enfants - Personnes autorisées à venir le chercher

Son père : Oui <input type="checkbox"/> Non		Sa mère : Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres personnes : Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(préciser leurs coordonnées ci-dessous)</i>		
Nom - Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'enfant / commentaire

### Adultes - Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom - Prénom	N° de téléphone	Lien avec l'utilisateur

QF : ..... Prix : .....

### *Cadre réservé au CSC Le Trait d'Union*

PERIODE	MONTANT	MOYEN DE PAIEMENT	DATE
1 <sup>er</sup> semestre	€		
2 <sup>ème</sup> semestre	€		
Annuel	€		

### Pièces à fournir impérativement : (pour les activités annuelles)

- Notification CAF/MSA **ou** photocopie de l'avis d'imposition *(avis d'imposition 2018 sur les revenus de l'année 2017)*
- Certificat médical « pratique sportive » de -3 ans *(si activité sportive)*
- Photocopie du carnet de vaccinations *(si enfant mineur)*

*Je certifie de l'exactitude des informations ci-dessus.*

À ....., le .....

**Signature du ou des responsables.**