



# FICHE D'INSCRIPTION

N° Adh. : .....

Suivi :

Année : **2017/2018** /  Côte  Libération  Marbot  Ville Haute

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

- **Activité(s)** pratiquées dans nos structures : .....

### ADHÉRENT - PARENT N°1

- NOM : .....

- Prénom : .....

- Date de naissance : ..... / ..... / .....

- Adresse : .....

.....

- Tél. : .....

- Portable : .....

- Courriel : .....

- Situation familiale :

Marié(e) / Pacsé(e)    Union Libre / Concubinage

Célibataire    Veuf(ve)    Divorcé(e) / Séparé(e)

- Allocataire CAF :    Oui    Non

- N° Allocataire : .....

- Bénéficiaire R.S.A :  Oui    Non

- En situation de handicap :  Oui    Non

- Situation Professionnelle :

Salarié(e)    Recherche d'emploi    Formation

Au foyer    Retraité(e)    Autre : .....

- Nb de pers. À charge : .....

- Moyen de transport :

Véhicule    Transport en commun

Autres : .....

### ADHÉRENT - PARENT N°2 *(Ne pas remplir si la personne ne pratique pas d'activités dans nos locaux)*

#### **EN CAS DE DIVORCE OU GARDE ALTERNÉE (Obligatoire pour toutes inscriptions d'un mineur)**

- **Activité(s)** pratiquées dans nos structures : .....

- NOM : .....

- Prénom : .....

- Date de naissance : ..... / ..... / .....

- Adresse *(si différente)* : .....

.....

- Tél. : .....

- Portable : .....

- Courriel : .....

- Allocataire CAF :    Oui    Non

- N° Allocataire : .....

- Bénéficiaire R.S.A :  Oui    Non

- En situation de handicap :  Oui    Non

- Situation Professionnelle :

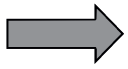
Salarié    Recherche d'emploi    Formation

Au foyer    Retraité    Autre : .....

- Nb de pers. À charge : .....

- Moyen de transport :

Véhicule    Bus    Autres : .....



### ENFANT 1

NOM – Prénom : ..... Né(e) le : ...../...../.....

Activité(s) : .....

- Allergies  Oui  Non Précisez : .....

- Régime alimentaire particulier :  Oui  Non Précisez : .....

Observations sur l'état de santé de l'enfant : .....

### ENFANT 2

NOM – Prénom : ..... Né(e) le : ...../...../.....

Activité(s) : .....

- Allergies  Oui  Non Précisez : .....

- Régime alimentaire particulier :  Oui  Non Précisez : .....

- Observations sur l'état de santé de l'enfant : .....

### ENFANT 3

NOM – Prénom : ..... Né(e) le : ...../...../.....

Activité(s) : .....

- Allergies  Oui  Non Précisez : .....

- Régime alimentaire particulier :  Oui  Non Précisez : .....

- Observations sur l'état de santé de l'enfant : .....

### AUTORISATIONS

J'autorise mon/mes enfant(s) : .....

à repartir seul(s) après l'activité.

à se déplacer à pieds, en voiture ou en bus dans le cadre des activités.

le responsable de l'activité à prendre le cas échéant toutes les mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale...*) rendues nécessaires par l'état de santé de ce mineur.

### COPIE DU CARNET DE VACCINATION OBLIGATOIRE

Je soussigné(e), Mme - M. .... autorise les Centres Socioculturels à :

- m'envoyer des informations par e-mail  Oui  Non

- à prendre et à diffuser mon image  Oui  Non

- celle des mes enfants  Oui  Non

sur différents supports de communication (*Site Internet : [www.cscbarleduc.centres-sociaux.fr](http://www.cscbarleduc.centres-sociaux.fr), Facebook...*)

\*\*\*\*\*

**Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements énoncés ci-dessus.**

Fait à ..... Le ...../...../.....

- **Signature** :