



FICHE D'INSCRIPTION

N° Adh. :

Année : **2018/2019**

Suivi :

Inscription prise à Côte Libération Marbot Ville Haute

ADHÉRENT - PARENT N°1

- **Activité(s)** :

- NOM :

- Prénom :

- Date de naissance : / /

- Adresse :

.....

.....

- Tél. :

- Portable :

- Email :

- 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 Bus Autres :

ADHÉRENT - PARENT N°2

PARTIE A REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR TOUTE INSCRIPTION DE MINEUR

(Ne pas remplir si la personne ne pratique pas d'activité dans nos locaux)

- **Activité(s)** :

- NOM :

- Prénom :

- Date de naissance : / /

- Adresse (si différente) :

.....

.....

- Tél. :

- Portable :

- Email :

- 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 Bus Autres :



COPIE DU CARNET DE VACCINATION OBLIGATOIRE POUR CHAQUE ENFANT

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 à prendre le cas échéant les mesures rendues nécessaires par l'état de santé de mes enfants.

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

- demander à la CAF, via le service CAFPRO, mon quotient familial

- 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.cscbarleeduc.centres-sociaux.fr, Facebook...)

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

Fait à Le/...../.....

SIGNATURE