

PERSONNES À PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom/Prénom : _____

lien de parenté : _____  Personnel _____

 Portable _____

 Professionnel _____

Nom/Prénom : _____


lien de parenté : _____  Personnel _____

 Portable _____

 Professionnel _____

Nom/Prénom : _____

lien de parenté : _____  Personnel _____

 Portable _____

 Professionnel _____

Médecin traitant :

Recommandations médicales importantes :

ASELQO
ANIMATION URBAINE
Saison 2019 - 2020

CENTRE

2 €

Adhérent n°

ALSH

groupe

Atelier (s)

Identité ENFANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

Adresse complète : _____

Tél. : _____ E.mail : _____

Établissement scolaire : _____ Classe : _____

Profession des parents : _____

OU (case à cocher)

| | Père | Mère | | Père | Mère |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Agriculteur exploitant | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Étudiant(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Retraité / Inactif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cadre et profession libérale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ouvrier | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Employé(e) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chômeur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Assurance responsabilité civile : obligatoire pour les mineurs

Assureur : _____ N° de Police : _____

Pour les activités au QF

N° Sécurité Sociale

ou

Autre régime (précisez) _____

Allocataire CAF

Quotient familial CAF/MSA fournir la notification QF CAF ou MSA

Pour tous

1. RESPONSABILITE

Je dégage l'ASELQO de toute responsabilité :

- en cas d'accident pouvant survenir avant et après les horaires de prise en charge d'activités,
- en cas de détérioration, perte ou vol d'objets personnels de valeur.

2. DROIT A L'IMAGE

J'autorise l'ASELQO à utiliser pour sa communication (interne, externe, site officiel de l'ASELQO, blog et réseaux sociaux) les photos et les images prises dans le cadre de ses activités.

oui non

3. RGPD

Dans le cadre du Règlement Général de la Protection des Données (RGPD)

J'autorise / Je n'autorise pas (*):

la structure à saisir mes informations personnelles

(*): rayer la mention inutile

4. INSCRIPTIONS

- Les participations sont payables à l'inscription.
- Les participations payées sont acquises.
- Accueil de Loisirs : les absences pour maladie seront reportées sur la base d'un justificatif médical fourni dans les 8 jours suivant l'absence.

Je déclare avoir pris connaissance des modalités d'inscription à l'ASELQO et en accepte les conditions.

Date :

Signature

RESPONSABLE LEGAL

Nom : _____ Prénom : _____

Autorise mon enfant à :

1. adhérer à l'ASELQO,
2. participer aux activités organisées par le centre

3. à se rendre seul au domicile à l'issue de l'activité : oui non
ou à se rendre au domicile accompagné(e) de :

M. ou Mme _____

Adresse complète : _____

_____ Tel. : _____

4. Autorise les organisateurs à prendre le cas échéant toutes mesures rendues nécessaires par l'état de mon enfant (traitements médicaux, hospitalisation, interventions chirurgicales).

Partie à renseigner

Dans le cas d'une autorité parentale partagée

Précisez nom, adresse et téléphone :

Parent 1

Parent 2

Parent 3

Responsable légal
Date :

Signature