

Vacances Ados

Semaine du 6 au 10 février 2017

BULLETIN D'INSCRIPTION

Je soussigné :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

N° de Sécurité Sociale :

Autorise mon enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : Age :

Régime indemnitaire : Général (CAF) Agricole (MSA)

Numéro Allocataire :

A participer aux vacances ados organisées par la ville de **MARSILLARGUES** pendant les vacances d'été du **lundi 6 au vendredi 10 février 2017**.

Nom et N° de téléphone des personnes à prévenir en cas d'urgence :

.....
.....
.....

Cocher la case souhaitée :

J'autorise mon enfant à repartir seul après le cours de sport de ce fait, désengage au terme de l'activité la responsabilité du personnel encadrant.

Je n'autorise pas mon enfant à repartir seul et m'engage à venir le récupérer à la fin de chaque séance.

La diffusion d'une image et/ou de la voix d'un membre de la famille prise dans le cadre des activités nécessite votre autorisation : J'autorise Je n'autorise pas

Signature des Parents

SEULS LES DOSSIERS COMPLETS SERONT RECEPTIONNES

DOCUMENTS OBLIGATOIRES A FOURNIR : une photocopie d'Assurance Responsabilité Civile, un certificat médical de non contre-indication au sport de moins de 3 mois, la photocopie des vaccinations à jour, l'attestation CAF ou à défaut le dernier avis d'imposition du foyer.

TARIF : Adhésion au centre 5€/an/pers. ou 8€/an/famille + 30 ou 37€ selon votre quotient familial.

Retour des dossiers d'inscription :

A partir du Lundi 9 janvier 2017 au centre socioculturel (entrée à côté du collège), du lundi au jeudi de 14h00 à 18h00.

TEL : 07.62.51.10.14. Mail : centresocioculturel@marsillargues.fr / educateursportif@marsillargues.fr

Fiche Sanitaire

VACCINATION :

DT POLIO	BCG	TEST TURBERCULINIQUE
----------	-----	-------------------------

Date	Vaccin	Date	Vaccin	Date	Vaccin

MALADIE : Entourez les maladies que votre enfant a eu :

RUBEOLE - VARICELLE - SCARLATINE - COQUELUCHE - ROUGEOLE
 OREILLONS - RHUMATISME - ASTHME

AUTRE :

.....

ALLERGIE ALIMENTAIRE OU MEDICAMENTEUSE :

.....

MEDECIN HABITUEL :

.....

NUMERO DE TELEPHONE :

.....

AUTRE OBSERVATION MEDICALE	RECOMMANDATION PARTICULIERE

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche sanitaire et autorise le responsable du centre d'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date :

Signature