



A remplir si tu n'as pas participé lors de l'année 2020 aux activités organisées par les services municipaux de la ville de La Ferté Bernard (Escal, école de musique, activités espace jeunesse, ...)

Père ou Epoux

Né le :/...../.....

Nom : À :

Prénom : Situation :

Adresse :

CP : Ville :

☑ Domicile ☑ Portable ☑ Professionnel

...../...../..... /...../..... /...../.....

@ Mail :

Mère ou Epouse

Née le :/...../.....

Nom : À :

Prénom : Situation :

Adresse :

CP : Ville :

☑ Domicile ☑ Portable ☑ Professionnel

...../...../..... /...../..... /...../.....

@ Mail :

Profession

Profession :

Employeur :

Adresse :

Profession

Profession :

Employeur :

Adresse :

Allocataire

N° CAF ou MSA :

Représentant Dossier :

Beau-Père

Nom : Né(e) le :/...../.....

Prénom : À :

Adresse : Situation :

CP : Ville :

☑ Domicile ☑ Portable ☑ Professionnel

...../...../..... /...../..... /...../.....

@ Mail :

Belle-Mère

Nom : Né(e) le :/...../.....

Prénom : À :

Adresse : Situation :

CP : Ville :

☑ Domicile ☑ Portable ☑ Professionnel

...../...../..... /...../..... /...../.....

@ Mail :

Enfant 1

Nom : Né(e) le :/...../.....

Prénom : À :

Sexe : Garçon Fille

Enfant 2

Nom : Né(e) le :/...../.....

Prénom : À :

Sexe : Garçon Fille

Enfant 3

Nom : Né(e) le :/...../.....

Prénom : À :

Sexe : Garçon Fille

Enfant 4

Nom : Né(e) le :/...../.....

Prénom : À :

Sexe : Garçon Fille

Enfant 5

Nom : Né(e) le :/...../.....

Prénom : À :

Sexe : Garçon Fille

Enfant 6

Nom : Né(e) le :/...../.....

Prénom : À :

Sexe : Garçon Fille



Inscrit

Nom :
Prénom :

Réservation de(s) l'activité(s) :

..... Du/...../..... Au/...../.....
..... Du/...../..... Au/...../.....
..... Du/...../..... Au/...../.....

Contre-indication(s)

.....

Maladie(s)

.....

Médecin et Hospitalisation

Nom :
☎ :/...../...../...../.....
Hôpital (si hospitalisation) :

Assurance

Assureur :
N° de Contrat :
Date de validité :/...../..... Au/...../.....

Autorisation(s) de l'inscrit

- Photo, Film
- Droit à l'image
- Baignade
- Autorise mon enfant à rentrer seul après les activités
- Intervention médicale ou chirurgicale

Vaccins

Date de la dernière vaccination

DTP/DTCP/DTCPhi/...../.....
 BCG/...../.....
 ROR/...../.....

Autres vaccins

Date de la dernière vaccination

...../...../.....
/...../.....
/...../.....

Sécurité sociale

N° de sécurité sociale :

Complémentaire santé

Nom de la complémentaire :
N° :
Date de validité : jusqu'au / /

Personne(s) à prévenir en cas d'urgence

Nom-Prénom :

Liens : (père, ami, tante...)

☎ Domicile

☎ Portable

...../...../...../...../...../...../...../...../.....
...../...../...../...../...../...../...../...../.....
...../...../...../...../...../...../...../...../.....

☎ Pour des raisons climatiques ou sanitaires, l'équipe des animateurs se laisse la possibilité de modifier le programme des activités.

Je soussigné(e) :

- Autorise les services municipaux encadrant l'inscrit à pratiquer les soins d'urgence.
- Certifie l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- M'engage à prévenir le(s) service(s) de toute modification.
(*changement d'adresse, numéros, problème de santé, situation familiale...*).
- M'engage à respecter le règlement intérieur.

Pièces à fournir

- Test d'aisance aquatique (si baignade lors des activités)
- Autorisation parentale pour les pratiques spécifiques (plongée, vol aérien, ...)
- Copie de l'attestation d'assurance du jeune
- Copie de la carte vitale
- Copie de l'attestation de la complémentaire santé

Date du règlement :/...../.....

Remarques :

Signature

Date :/...../.....