



Mairie de la Crèche
97 avenue de Paris
CS 70064
79260 LA CRECHE

Site: www.ville-lacrecche.fr
Tel :05.49.25.50.54
Fax: 05.49.05.33.04

DOSSIER D'INSCRIPTION

Atelier cinéma du 23 au 25 octobre 2017

HORAIRES

Lundi : 13h/17h

Mercredi : 9h30/12h -14h/17h

Mardi : 9h30/12h -14h/17h

1 / LA FAMILLE

PERE		MERE	
NOM:	PRENOM	NOM:	PRENOM
ADRESSE:		ADRESSE:	
CODE POSTAL:	VILLE:	CODE POSTAL:	VILLE:
TEL FIXE:	TEL PORTABLE:	TEL FIXE:	TEL PORTABLE:
SITUATION FAMILIALE:		SITUATION FAMILIALE:	

2 / COMPOSITION DU FOYER FISCAL

RESPONSABLE 1		RESPONSABLE 2	
AUTORITE PARENTALE: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		AUTORITE PARENTALE: OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (préciser).....		PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (préciser).....	
NOM:		NOM:	
PRENOM:		PRENOM:	
NE LE: / /	A:	NE LE: / /	A:
DEPARTEMENT:	NATIONALITE:	DEPARTEMENT:	NATIONALITE:
TEL FIXE:		TEL FIXE:	
TEL PORTABLE:		TEL PORTABLE:	
COURRIEL:		COURRIEL:	
PROFESSION:		PROFESSION:	
EMPLOYEUR:		EMPLOYEUR:	
TEL PRO:		TEL PRO:	

3/ LES ENFANTS

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
NOM				
PRENOM				
DATE DE NAISSANCE				
SEXE	GARCON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>			
CLASSE (PS, CM1...)				

4/ RENSEIGNEMENTS SANITAIRES

VACCINATIONS OBLIGATOIRES

DIPHTERIE	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
TETANOS	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
POLIOMYELITIS / DT POLIO / TETRACOQ	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			

5/ ALLERGIES

ASTHME	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>						
ALIMENTAIRES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>						
MEDICAMENTEUSES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>						
AUTRES								

6/ VOTRE ENFANT PORTE T-IL

LENTILLES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>						
LUNETTES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>						
PROTHESES AUDITIVES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>						
PROTHESES DENTAIREES	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>						

7/ AUTORISATIONS

PERSONNE (S) A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

QUALITE				MEDECIN (OBLIGATOIRE)
NOM				
PRENOM				
ADRESSE				
CODE POSTALE				
VILLE				
N° TEL				

PERSONNE(S) HABILITEE(S) A VENIR CHERCHER VOTRE (VOS) ENFANT(S)

J'autorise mon (mes) enfant (s) à partir seul à la fin des demi-journées				OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
QUALITE					
NOM					
PRENOM					
ADRESSE					
CODE POSTALE					
VILLE					
N° TEL					

DROIT A L'IMAGE

<p>Dans le cadre des activités mises en place, votre(vos) enfant(s) est(sont) susceptible(s) d'être photographié(s) ou filmé(s). Ces outils pédagogiques seront utilisés à des fins de communication par le biais d'affiches, d'exposition et de publication (mensuel, site internet et page Facebook officielle de la Commune...).</p> <p>J'autorise la diffusion de l'image de mon(mes) enfant(s)</p>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE

<p>Dans la mesure où l'équipe d'encadrement n'arriverait pas à vous joindre celle-ci prendra toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation ...) rendues nécessaires par l'état de santé de votre (vos) enfant (s), après consultation du médecin régulateur du SAMU .</p> <p>J'autorise la prise en charge de mon (mes) enfant (s)</p>	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

8 / OBLIGATIONS**DOCUMENTS A FOURNIR AVANT LE 20 OCTOBRE 2017**

DOSSIER UNIQUE D'INFORMATION(D.U.I)	<input type="checkbox"/>	PHOTOCOPIE DU CARNET DE SANTE, PARTIE VACCINATION	<input type="checkbox"/>
ATTESTATION D'ASSURANCE	<input type="checkbox"/>	CHÈQUE DE 20 € A L'ORDRE DU TRESOR PUBLIC	<input type="checkbox"/>

9/ ATTESTATION SUR L'HONNEUR

JE SOUSSIGNE

RESPONSABLE DE (S) L'ENFANT (S) MENTIONNE (S) EN PAGE 2 ATTESTE SUR L'HONNEUR :

AVOIR SOUSCRIT UNE POLICE D'ASSURANCE COMPLETE RESPONSABILITE CIVILE EXTRA SCOLAIRE ET PERISCOLAIRE COUVRANT TOUS LES ACTES DE(S) MON (MES) ENFANT(S)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
---	------------------------------	------------------------------

10/ SIGNATURES

FAIT A:	LE:
RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2

**DOSSIER UNIQUE D'INSCRIPTION A RETOURNER
OBLIGATOIREMENT AVANT LE 20 OCTOBRE**

11/ CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

SERVICE COMMUNICATION & VIE LOCALE	SERVICE COMPTABILITE
DOSSIER DEPOSE LE:	DOSSIER VALIDE PAR LE SERVICE COMPTABILITE <input type="checkbox"/>
DOSSIER COMPLET <input type="checkbox"/> INCOMPLET <input type="checkbox"/>	N° DE DOSSIER: