COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
BRIANCE · COMBADE

DOSSIER D'INSCRIPTION

Accueil Adolescents 11-17 ans

Année 2024-2025

L'ENFANT :

NOM : …… Prénom : …… Né(e) le : …… à : ……

Adresse :

Sexe : F ☐ G ☐

RESPONSABLE :

NOM et Prénom : ……..

Adresse : ……..

Code Postal : …… Commune : ……

Adresse mail : ……..

☎ Domicile : …… ☎ portable : ……..

N° Allocataire CAF : ……

Ou N° Allocataire MSA : ……

N° Sécurité Sociale : ……

A quel régime votre enfant est-il rattaché ?

□ Régime Général □ MSA □ Autres : …….

PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : …… ☎ : ……..

Nom : …… ☎ : ……..

Personnes autorisées à récupérer l'enfant :

Personnes interdites à récupérer l'enfant :

↳ J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐

L'organisateur à utiliser et à diffuser les photos et vidéos réalisées lors des activités à l'occasion d'articles de presse, de rapports d'activités, d'expositions ou sur le blog de l'accueil.

↳ J'autorise ☐ Je n'autorise pas ☐

Mon enfant à quitter l'accueil ados quand il (elle) le souhaite.

Les tarifs sont les suivants :

Il est demandé aux familles une cotisation trimestrielle de 45 € par jeune inscrit (facture envoyée en début de trimestre). Il sera également facturé aux familles une participation de 6 € pour chaque sortie extérieure effectuée par le jeune. Le règlement est à effectuer auprès du Trésor Public.

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

A : ……., le ……..

Signature du responsable légal (précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé ») :