

Jeune

NOM:

Prénom:

Date et lieu de naissance:

Adresse

Code postal:

Ville:

Adresse mail:

Téléphone portable:

Établissement scolaire:

Classe:

N° de sécurité social

Relevé vous:

CAF

MSA

Autre:

N° allocataire:

Quotient familial:(joindre justificatif)

	Père	Mère
Nom, Prénom		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Adresse mail		
Profession		
En cas d'urgence, téléphone travail		

Liste des personnes autorisées à venir chercher l'enfant:

Nom, prénom	Numéro de téléphone

Je soussigné(e), _____, responsable légal de _____, autorise à participé aux activités de l'accueil jeune de Quistinic, organisées par la commune.

J'autorise mon enfant à rentrer seul(e)

oui

non

J'autorise mon enfant à quitter la séance avant la fin

oui

non

Je décharge les organisateurs de toute responsabilité en cas d'accident (pour non signalisation de contre indication médicale)

J'autorise les organisateurs à prendre toutes les mesures nécessaires en cas d'urgence médicale

Je m'engage à rembourser les honoraires médicaux et/ou pharmaceutiques avancés en raison des soins engagés.

Je suis informé de l'intérêt de souscrire à une assurance complémentaire.

Je m'engage à régler le montant de la cotisation annuelle (valable du 1er septembre au 31 août)

j'autorise à diffuser la (les)photographie(s) de mon enfant, prise lors des activités

Cette autorisation est valable:

- Pour l'édition de documents de nature pédagogique (journal interne et externe)
- Pour des expositions relatives à l'Espace Jeunes, aux séjours et sorties
- Pour la publication sur le site internet de l'organisateur, et les réseaux sociaux
- pour la publication d'articles de presse.

Cette autorisation pourra être révoquée à tout moment. La présente autorisation est incessible.

Fait à:

Signature:

Le: