|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DOSSIER D’INSCRIPTION*****(Valable sur toute la période estivale)*** | **OBJECTIF VACANCES ETE 2020****10/17 ans** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | RENSEIGNEMENTS SUR L’ENFANT : |

❑ Fille ❑ Garçon

☺ Nom :

☺ Prénom (s) :

🕯 Date de naissance :

📫 Adresse :

📫 Code postal : 📫 Ville :

🕿 Portable Mère : 🕿 Portable Père :

🖂 E-mail :

Par la communication de cet e-mail, j’accepte que la commune de Landéda m’adresse des informations liées aux activités proposées durant les vacances scolaires ? Oui ❑ Non ❑

|  |  |
| --- | --- |
|  | RESPONSABLE LÉGAL : |

Père ❑ Mère ❑ Tuteur ❑

☺ N°1 - Nom et Prénom :

🕿 Tél portable :

📫 Adresse :

Père ❑ Mère ❑ Tuteur ❑

☺ N°2 – Nom et Prénom :

🕿 Tél Portable :

📫 Adresse :

Personnes autorisées à venir chercher l’enfant (autres que les parents ou tuteurs) :

☺ N°1 - Nom et Prénom :

🕿 Tél Portable :

J’autorise mon enfant à rentrer seul du centre : ❑ Oui ❑ Non

|  |  |
| --- | --- |
|  | DECHARGES : |

Je soussigné(e) :

Agissant en qualité de : déclare :

|  |  |
| --- | --- |
| ❑ | * Autoriser mon enfant à participer aux activités organisées.
* Avoir pris connaissance que la commune de Landéda est dégagée de toute responsabilité si un accident survenait à votre enfant en dehors du créneau horaires des activités.
* Autoriser le responsable de l’accueil à transporter mon enfant pour les sorties extérieures ou sur les différents sites de la commune.
* Autoriser le responsable de l’accueil à faire transporter en cas d’accident ou pour toute autre raison mon enfant chez le médecin, à l’hôpital ou à la clinique les plus proches pour y recevoir tous les soins médicaux nécessaires.
 |
| ❑ | * Autoriser le responsable de l’accueil à photographier et/ou filmer mon enfant dans le cadre de la communication communale.
 |
| ❑ | * Je déclare sur l’honneur avoir une assurance « responsabilité civile ».
 |
| ❑ | * Avoir pris connaissance des horaires d’activités et du planning.
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | FICHE SANITAIRE : |

Asthme : ❑ Oui ❑ Non

Allergie (respiratoire, alimentaire, de contact etc…) : ❑ Oui ❑ Non

Si oui, la/lesquelles :

Régime alimentaire spécifique :

Recommandations utiles des parents (lunettes, prothèse auditives, prothèses dentaires etc…) :

N°1 - Personne à prévenir en cas d’urgence :

✆ Tél :

 N°2 - Personne à prévenir en cas d’urgence :

✆ Tél :

|  |  |
| --- | --- |
|  | PIECES A FOURNIR : |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ❑ | Dossier d’inscription rempli (*valable sur toute la période estivale)* | ❑ | Programme avec les activités choisies  | Fait à Le  |
| ❑ | Fiche sanitaire | ❑ | Paiement | Signature : |