



Fiche D'inscription

Local' Ados

Année scolaire 2016-2017

Centre d'Animation du Pays Dunois

9 Place de la Poste - 23800 Dun le Palestel
Tél : 05.87.66.00.00 - Port : 07.60.23.52.53
Email : pij@paysdunois.fr



Date d'inscription :/...../.....

Ados

Nom :	Disponibilités : Mardi soir <input type="radio"/> Mercredi après-midi <input type="radio"/> Vendredi soir <input type="radio"/> Samedi après-midi <input type="radio"/> Vacances scolaires <input type="radio"/>
Prénom :	
Date de naissance :/...../..... Âge : ans	
Tél. portable :/...../...../...../.....	
Email :@.....	
A-t-il un compte facebook ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	

Etablis. scolaire :
à (ville) : en (classe de) :

Est-il assuré ? oui non Assureur :

N° du contrat : Date de Début :/...../..... Date de Fin :/...../.....

N° du assuré :

Médecin traitant :

Autorisation d'intervention médicale : oui non

Lieu d'hospitalisation :

Personnes à prévenir en cas d'accident	Personne pouvant être amener à venir chercher l'ado
Nom - Lien de parenté - Tél.	Nom - Lien de parenté - Tél.
...../...../...../...../...../...../...../...../.....
...../...../...../...../...../...../...../...../.....
...../...../...../...../...../...../...../...../.....

Autorisations de l'ado à :

Partir seul du Local' à toute heure en journée (jusqu'à 19h): oui non

Partir seul du Local' à toute heure en soirée/nuit (après 19h): oui non

Se rendre seul (sans l'accompagnement d'un adulte du CAPD) du collège au Local' : oui non

Être transporté en véhicule : oui non

Être filmé ou photographié: oui non

Droit à l'image :

Vous autorisez l'utilisation par le CAPD de photos, vidéos sur lesquelles figurent votre enfant, dans le but d'illustration, de rapport ou de documents d'informations : oui non

Activités Aquatiques :

"Savoir nager" : oui non

Possession du Test autorisant la pratique des sports nautiques : oui non

Date d'obtention :/...../.....

Responsable :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Situation familiale : Célibataire Marié(é) Concubinage Divorcé(é) Veuf(ve)

Adresse et CP :
Tél. Domicile :/...../...../...../..... Tél. Portable :/...../...../...../.....
Adresse email :

Nous autorisez-vous à vous communiquer des informations par : sms et mail

Profession : Employeur :
Tél. Professionnel :/...../...../...../.....

N° de sécurité Sociale :

N° de département CAF/MSA :

N° CAF ou MSA

Quotient familial :

Nous autorisez-vous à utiliser Caf pro ? Oui Non

Ces données nous servent à connaître votre QF pour l'application des tarifs dégressifs

PÈRE (si différent du responsable) :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Situation familiale : Célibataire Marié(é) Concubinage Divorcé(é) Veuf(ve)
N° de sécurité Sociale : Centre de Sécurité Soc. :

Adresse :
Tél. Domicile :/...../...../...../..... Tél. Portable :/...../...../...../.....
Adresse email :

Profession : Employeur :
Tél. Professionnel :/...../...../...../.....

MÈRE (si différent du responsable) :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Situation familiale : Célibataire Marié(é) Concubinage Divorcé(é) Veuf(ve)
N° de sécurité Sociale : Centre de Sécurité Soc. :

Adresse :
Tél. Domicile :/...../...../...../..... Tél. Portable :/...../...../...../.....
Adresse email :

Profession : Employeur :
Tél. Professionnel :/...../...../...../.....

Observations :

Documents joints à l'inscription :

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Attestation d'assurance pour l'année en cours, | <input type="radio"/> Règlement intérieur du Local' Ados |
| <input type="radio"/> Photocopie d'une pièce d'identité (carte ou livret de famille) | <input type="radio"/> Cotisation annuelle familiale de 5€ |
| <input type="radio"/> Fiche sanitaire | <input type="radio"/> Autorisation d'homéo. Et doliprane |

Je soussigné(é),
déclare exacts les renseignements notifiés ci-présents.

Fait à, le/...../.....

Signature :