

# Fiche D'inscription



**La Cabane Magique**  
Année scolaire 2016-2017

Rue des Rateries 23800 Dun Le Palestel

Tél : 05.55.89.05.10

Email : [cabane.magique@paysdunois.fr](mailto:cabane.magique@paysdunois.fr)



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

## Enfant

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Âge : ..... ans

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'enfant
Nom - Lien de parenté - Tél.	Nom - Lien de parenté - Tél.
...../...../...../...../.....	...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....	...../...../...../...../.....
...../...../...../...../.....	...../...../...../...../.....

### Autorisation des enfants du collège:

Se rendre seul (sans l'accompagnement d'un adulte) du collège à la cabane magique :  oui  non

Être transporté en véhicule (transports mercredis ou sorties) :  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 : ...../...../.....

tournez SVP



## 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 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 :

- Attestation d'assurance pour l'année en cours
- Fiche sanitaire

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

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature :