

Dossier d'inscription: (3 pages)

(Les informations que vous nous communiquez sont confidentielles et ne seront pas transmises à des tiers)

Nom prénom responsable de l'enfant:

Mère: Belle-mère: Père: Beau-père: Autre

N° téléphone: Domicile: Portable: Travail:

Adresse: Code postal:

Commune: Voulez-vous recevoir les factures par mail

Adresse Mail:

nous vous communiquerons des informations sur cette adresse mail

Nom prénom du Conjoint:

Mère: Belle-mère: Père: Beau-père: Autre:

N° téléphone: Domicile: Portable: Travail:

Type de famille: Parentale: monoparentale: recomposée: d'accueil:

Nombre de personnes travaillant: Nombre d'enfants à charges du foyer:

Nom prénom enfant à inscrire	date de naissance	scolarisé à	classe
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adhésion à l'association Familles Rurales de: (changer si adhérent autre association)

(Nous vous rappelons qu'elle est obligatoire et qu'une partie de l'adhésion est déductible de vos impôts)

Nous, soussignés autorisons les responsables de l'inter association familles rurales des 3 cantons à présenter mon (mes) enfant(s) à un médecin en cas de soin à donner d'urgence et si nécessaire sous anesthésie. Nous nous engageons à rembourser les frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques éventuels.

Si cela est possible nous souhaitons la consultation du médecin (Nom, adresse, téléphone)

ou hospitalisation à

(Préciser le nom de la clinique ou de l'hôpital)

Nous autorisons notre (nos) enfant(s) à :

- à participer aux activités organisées par l'association (transport y compris)
- à participer aux séjours courts
- à voyager : en voiture individuelle ou en transport collectif
- à se baigner

(NB : les enfants autorisés à se baigner doivent être vaccinés contre la poliomyélite.)

Enfant	Recommandations*	Sait nager
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

*Recommandations: contre indication alimentaire, maladies chroniques ...ou recommandations des parents pour chacun des enfants.

Si exceptionnellement notre (nos) enfant(s) devai(en)t sortir avant la fin de l'accueil nous nous engageons à fournir une décharge au directeur.

Fait à

Le

Signature des parents ou du tuteur légal

**Inter association Familles Rurales des 3 cantons
Centre de loisirs et de périscolaire
Piblange**



AUTORISATION pour reproduire ou diffuser des photos

Je soussigné Nom :

Prénom :

Adresse :

En qualité de :

Donne à Familles Rurales l'autorisation de reproduire et de diffuser les photographies et ou les vidéos réalisées par Familles Rurales de ma personne ou de celle de mon (mes) enfant(s)

Pour les usages exclusifs suivants : journaux Familles Rurales, supports vidéos Familles Rurales, illustrations de documents d'informations Familles Rurales, illustration du site internet Familles Rurales, Journal locaux.

Cette autorisation est valable pour 10 ans à compter du les éventuels commentaires ou légendes accompagnants la reproduction ou la représentations de ces photos/vidéos ne devront pas porter atteinte à ma réputation ou à vie privé ou celle de mon (mes) enfant(s)

Observation :

Fait à Le

Signature des parents ou du tuteur légal