



Fiche d'inscription 2018-2019

ECOLE D'EXPRESSION CORPORELLE

La Cabane magique et la Palette

9 Place de la Poste 23800 Dun le Paestel - Tél : 05.87.66.00.00 - Email : cabane.magique@lapalette23.fr

Document à joindre à l'inscription : Attestation d'assurance responsabilité civile, certificat médical, règlement de l'activité et de l'adhésion annuelle

Enfant

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

Etablis. Scolaire et classe :

Est-il assuré ? oui non Si oui, merci de fournir une attestation.

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 de filmer ou photographier l'enfant : oui non

Droit à l'image :

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

oui non

Responsable :

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Situation familiale : Célibataire Marié(é) Pacsé(e) Concubinage Divorcé(é) Veuf(ve)
Adresse :
Tél. Domicile :/...../...../...../..... Tél. Portable :/...../...../...../.....
Tél. Professionnel :/...../...../...../..... Adresse email :
N° de département CAF/MSA : N° CAF ou MSA* :
Quotient familial : Nous autorisez-vous à utiliser Caf pro* ? Oui Non

Pour les allocataires CAF, 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) Pacsé(e) Concubinage Divorcé(é) Veuf(ve)
Adresse :
Tél. Domicile :/...../...../...../..... Tél. Portable :/...../...../...../.....
Tél. Professionnel :/...../...../...../..... Adresse email :

MÈRE (si différent du responsable) :

Nom : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Situation familiale : Célibataire Marié(é) Pacsé(e) Concubinage Divorcé(é) Veuf(ve)
Adresse :
Tél. Domicile :/...../...../...../..... Tél. Portable :/...../...../...../.....
Tél. Professionnel :/...../...../...../..... Adresse email :

Je soussigné(é) déclare exact les renseignements notifiés ci-présents

Fait à, le/...../.....

Signature :