



Fiche D'inscription

La Cabane Magique
Année scolaire 2020-2021

Rue des Rateries 23800 Dun Le Palestel

Tél : 05.55.89.05.10

Email : cabane.magique@lapalette23.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

porté en véhicule(transporteventuels les mercredis ou lors des ☐ oui ☐ non

Être filmé ou photographié: ☐ 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

Activités Aquatiques :

"Savoir nager" : ☐ oui ☐ non

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

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

tournez SVP



Responsable : dont sera adressée la facture

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
☐ Pages de vaccinations

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

Fait à , le/...../.....

Signature :