



Fiche D'inscription

La Cabane Magique

Année scolaire 2023-2024

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) :

Régime alimentaire : Porc Sans porc Viande Sans viande

Est-il assuré ? oui non Assureur :

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

N° du assuré :

Médecin traitant :

AEEH : oui non

PAI : oui non

Pour les informations ci-dessus, merci de bien vouloir transmettre les documents nécessaires

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 foot:

Les entraîneurs peuvent venir les chercher à pied ou en véhicule oui non

Transport des enfants :

Être transporté en véhicule(transports eventuels les mercredis ou lors des sorties) : 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

Être filmé ou photographié: 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 :