

FICHE D'INSCRIPTION ADHERENT

Nom _____	Prénom _____
Adresse : _____ _____	Téléphone : _____ <input type="checkbox"/> Liste rouge
	Portable : _____
Mail: _____	Né(e) le : _____
	Sexe : M / F
Etablissement Scolaire : _____	

Parents																																																	
<table border="1" style="width:100%"> <tr> <td style="width:70%">Parent 1</td> <td style="width:30%; text-align:right">Responsable légal <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Parenté : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nom : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Prénom : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Profession : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Employeur : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Téléphone Emp.: _____ Poste : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Portable : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mail: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adresse si différente de celle de l'adhérent :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____		Nom : _____		Prénom : _____		Profession : _____		Employeur : _____		Téléphone Emp.: _____ Poste : _____		Portable : _____		Mail: _____		Adresse si différente de celle de l'adhérent :		_____		_____		<table border="1" style="width:100%"> <tr> <td style="width:70%">Parent 2</td> <td style="width:30%; text-align:right">Responsable légal <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Parenté : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nom : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Prénom : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Profession : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Employeur : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Téléphone Emp.: _____ Poste : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Portable : _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mail: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adresse si différente de celle de l'adhérent :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>	Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>	Parenté : _____		Nom : _____		Prénom : _____		Profession : _____		Employeur : _____		Téléphone Emp.: _____ Poste : _____		Portable : _____		Mail: _____		Adresse si différente de celle de l'adhérent :		_____		_____	
Parent 1	Responsable légal <input type="checkbox"/>																																																
Parenté : _____																																																	
Nom : _____																																																	
Prénom : _____																																																	
Profession : _____																																																	
Employeur : _____																																																	
Téléphone Emp.: _____ Poste : _____																																																	
Portable : _____																																																	
Mail: _____																																																	
Adresse si différente de celle de l'adhérent :																																																	

Parent 2	Responsable légal <input type="checkbox"/>																																																
Parenté : _____																																																	
Nom : _____																																																	
Prénom : _____																																																	
Profession : _____																																																	
Employeur : _____																																																	
Téléphone Emp.: _____ Poste : _____																																																	
Portable : _____																																																	
Mail: _____																																																	
Adresse si différente de celle de l'adhérent :																																																	

Régime allocataire	
Régime allocataire (CAF ou MSA) _____	Nb enfants à charge : _____ Nb enfants total : _____
Nom allocataire: _____	Nb de parts : _____
N° Allocataire : _____	Quotient familial : _____
CAF : _____	Date d'effet : _____

Personnes autorisées à récupérer l'enfant			
	Nom - Prénom	Téléphones	Lien parenté
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

AUTORISATION PARENTALE

(Rayez les mentions inutiles)

Autorisons - n'autorisons pas notre enfant à rentrer seul dès la fin des activités.

Autorisons le bain - n'autorisons pas le bain (mer et/ou piscine) pour le centre de loisirs, stages et séjours.

Autorisons - n'autorisons pas les pratiques sportives prévues durant le centre de loisirs, les séjours, les stages, les ateliers hebdomadaires.

Autorisons - n'autorisons pas les responsables à faire pratiquer tous soins ou opérations nécessaires en cas d'urgence.

Autorisons - n'autorisons pas les responsables habilités de TANDEM à reprendre mon enfant après soins aux urgences.

Autorisons - n'autorisons pas TANDEM à photographier mon enfant et à diffuser sa photo (journal interne, exposition d'ateliers, site Internet de TANDEM, etc)

Avons pris connaissance qu'en dehors des heures d'ouverture et de fonctionnement de(s) activités considérée(s), l'encadrement de l'enfant n'est pas assuré

Caen, le

Signature