



## DOSSIER D'INSCRIPTION

**5€/an**

**ANNEE 2016 / 2017**

**NOM DE L'ENFANT** \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ ans Sexe : F –  
M (1) Adresse \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Téléphone domicile \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_

**Responsable légal de l'enfant : PERE, MERE, TUTEUR, TUTRICE (1)**

NOM \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Adresse habituelle \_\_\_\_\_

Complément d'adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Profession du père \_\_\_\_\_ Tél employeur : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Profession de la mère \_\_\_\_\_ Tel employeur : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Adresse E-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ .fr

**Nom et adresse de l'organisme d'assurance**

\_\_\_\_\_ N° de police d'assurance \_\_\_\_\_

**Caisse d'Allocations Familiales de Grenoble : N° d'allocataire** \_\_\_\_\_

Quotient Familial \_\_\_\_\_

**Médecin traitant : Nom** \_\_\_\_\_ **Ville** \_\_\_\_\_ **Tél :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **En cas d'urgence, et s'il n'est pas possible de joindre le responsable de l'enfant, prévenir :**

M \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

**Déclaration du responsable légal de l'enfant**

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ autorise mon enfant \_\_\_\_\_ à participer aux activités proposées par le local des Jeunes de St Paul de Varcès pour la saison en cours et avoir pris connaissance du règlement intérieur de celui-ci. J'autorise également l'animateur à utiliser le droit d'image de mon enfant lors de publication d'articles, de reportages, etc par le biais du web, d'un journal ou autre afin de promouvoir les activités du local des jeunes et d'informer autrui sur celles-ci.

Signature des parents / responsable légal

Je soussigné (e) \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant désigné ci-dessus déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier et autorise le responsable de la structure des jeunes à prendre toutes les mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état du jeune

Signature des parents / responsable légal

Je soussigné (e) Nom / Prénom du jeune \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du local des Jeunes et m'engage à le respecter.

Signature du jeune

(1) Rayer les mentions inutiles

Fait à St Paul de Varcès, le \_\_\_\_\_