

ADULTE(S) / RESPONSABLES LEGAUX

REFERENT DU DOSSIER

CONTACT FACTURATION

PERE MERE AUTRE

NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ COMMUNE/COMMUNE DELEGUEE DE : _____

E-MAIL : _____

(DOMICILE : _____

(PORTABLE : _____

(PROFESSIONNEL : _____

REGIME ALLOCATAIRE : CAF MSA

N° ALLOCATAIRE OBLIGATOIRE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

PERE MERE AUTRE

NOM : _____

PRENOM : _____

ADRESSE : _____

CP : _____ COMMUNE/COMMUNE DELEGUEE DE : _____

E-MAIL : _____

(DOMICILE : _____

(PORTABLE : _____

(PROFESSIONNEL : _____

REGIME ALLOCATAIRE : CAF MSA

N° ALLOCATAIRE OBLIGATOIRE : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) _____ (responsable légal(e) de(s) enfant(s) : _____)

- Atteste que tous les renseignements fournis sur ce document sont exacts
- M'engage à notifier tout changement de situation ou de coordonnées (adresse, téléphone...) à l'association
- Autorise l'association à envoyer mes factures par courriel (1)
- Atteste avoir pris connaissance de la fiche de fonctionnement disponible sur le site internet
- Autorise les prises de vue et l'utilisation des images de mon/mes enfants par l'association dans divers supports de communication
- Autorise les animateurs de l'association à transporter mon (mes) enfant(s) dans le cadre des animations organisées
- Autorise le responsable des activités à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'urgence médicale

PARTIE RESERVEE A L'ASSOCIATION : Date d'adhésion : _____

SIGNATURE DU REFERENT / RESPONSABLE LEGAL :