



FICHE D'INSCRIPTION

Accueil de loisirs de la Vallée d'Ossau

Année (civile) :

Enfant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age :

Classe en janvier :

Etablissement scolaire/spécialisé + Lieu :

Votre enfant est-il en situation de handicap ?

☐ Oui

☐ Non

Représentants

Nom inscrit sur la facture

Responsable légal 1 : Tiers Payeur

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Lieu et date de naissance :

Adresse :

Profession :

Lieu :

Téléphone pro :

Portable perso :

Mail :

Responsable légal 2 : Tiers Solidaire

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Lieu et date de naissance :

Adresse :

Profession :

Lieu :

Téléphone pro :

Portable perso :

Mail :

Renseignements

Votre enfant est-il nageur :

☐ Oui

☐ Non

Autorisez vous la baignade :

☐ Oui

☐ Non

J'autorise mon enfant à quitter seul l'accueil de loisirs (uniquement à partir du CP) :

☐ Non

☐ Oui :

☐ à 11h30

☐ à 17h00

Assurances - Responsabilités

Je déclare que mon enfant a une assurance responsabilité individuelle accident pour les activités extra-scolaires :

Compagnie d'assurance :

N° de contrat :

En cas d'urgence l'enfant accidenté sera transporté par les services de secours vers l'hôpital le mieux adapté.

Droits à l'image

Sous réserve de préserver l'intimité de sa vie privée:

- J'autorise l'équipe d'animation à photographier ou filmer mon enfant dans le cadre des activités organisées : ☐ Oui ☐ Non
- J'autorise la Communauté de communes de la Vallée d'Ossau à diffuser ces prises de vues sur ses supports de communication (site internet, Facebook,...) : ☐ Oui ☐ Non

Aides

Votre revenu familial mensuel est compris entre :

☐ 0 € et 895 €

☐ 896 € et 1092 €

☐ 1093 € et 1294 €

☐ 1295 € et 1933 €

☐ 1400 € et plus

Etes-vous allocataire CAF : ☐ Oui ☐ Non

Si oui N° allocataire :

Etes-vous allocataire MSA : ☐ Oui ☐ Non

Si oui N° allocataire :

Rappel : Sans justificatif ou attestation de droit aucune aide ne sera accordée

Je soussigné(e)..... certifie l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et m'engage à signaler tout changement.

Signatures des responsables :

Fait à.....

Le...../...../.....

Ce document est à remettre obligatoirement accompagné de la photocopie des vaccinations