



# 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**